



**Daniela Simões
Oliveira**

**DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA E SEU IMPACTO
NA FUNCIONALIDADE: UM ESTUDO QUALITATIVO
SOBRE A PERCEÇÃO DAS PESSOAS
SIGNIFICATIVAS**



**Daniela Simões
Oliveira**

**DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA E SEU IMPACTO
NA FUNCIONALIDADE: UM ESTUDO QUALITATIVO
SOBRE A PERCEÇÃO DAS PESSOAS
SIGNIFICATIVAS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, especialização em Gestão de Equipamentos, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Margarida Cerqueira, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Professora Doutora Anabela Silva, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu pai, pelo seu esforço e apoio durante todo o meu percurso académico.

O júri

Presidente	Professora Doutora Maria da Piedade Moreira Brandão Professora Adjunta, Universidade de Aveiro
Vogal – Arguente Principal	Doutora Paula Cristina Costa Portugal Cardoso Professora Adjunta, Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto
Vogal - Orientador	Professora Doutora Margarida de Melo Cerqueira Professora Adjunta, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Às professoras Margarida Cerqueira e Anabela Silva pela disponibilidade, orientação, dedicação, incentivo e apoio na concretização desta dissertação.

Às minhas colegas de curso/amigas, pelas partilhas, esclarecimentos de dúvidas e apoio durante todo este processo.

À minha família, em especial à minha madrinha, pela ajuda e apoio incondicional.

Ao meu grupo de amigos pela paciência e o apoio demonstrado nas horas mais difíceis.

A todos os que participaram no estudo e/ou ajudaram no recrutamento de outros participantes.

Palavras-chave

Pessoas Idosas; Pessoas Significativas; Dor Crónica; Funcionalidade

Resumo

Enquadramento: A dor crónica tem uma prevalência elevada nas pessoas idosas. A forma como lidam com a dor depende não apenas das suas crenças e perceções, mas também das de quem lhes é mais próximo.

Objetivos: Explorar a perceção que as pessoas significativas têm da dor crónica da pessoa idosa e do seu impacto na funcionalidade.

Metodologia: Estudo qualitativo, no qual se realizaram 15 entrevistas individuais e semiestruturadas a pessoas significativas de pessoas idosas com dor crónica.

Resultados: Emergiram 5 categorias e respetivas subcategorias: características da dor (localização, intensidade, frequência, fatores predisponentes e qualidade da dor); impacto da dor (pessoal e interpessoal); estratégias para lidar com a dor (formais e informais); atitudes dos outros (profissionais e familiares e amigos) e atitudes da pessoa significativa.

Conclusão: As pessoas significativas entendem, de uma forma geral, que a dor da pessoa idosa é real e tem impacto a diversos níveis, seja na própria pessoa com dor, seja nas suas relações interpessoais. Também consideram que as pessoas idosas recebem todos os cuidados necessários quer da parte dos profissionais, quer da parte dos familiares e amigos.

Keywords

Old people; Significant Other; Chronic Pain; Functioning

Abstract

Background: Chronic pain is very common among elderly people. The way they manage their pain depends not only on their beliefs and perceptions but also on those of who are close to them.

Objectives: To explore the perception that significant others have on the pain of older and on its impact on functioning.

Methods: Semi structured individuals interviews of 15 significant others were conducted.

Results: Five categories and related subcategories emerged: pain characteristics (location, intensity, frequency, risk factors, and pain quality), impact of pain (personal and interpersonal), strategies to deal with the pain (formal and informal), attitudes of others (professional and family and friends), and attitudes of significant other.

Conclusion: Significant others believe that older adult's chronic pain is real and affects several domains of their life whether at individual level whether on his/hers interpersonal relationships. The significant others also consider that older adults with chronic pain receive the needed care both from health professionals and from family and friends.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1	Envelhecimento e tipos de idade	3
2.2	Envelhecimento demográfico	5
2.3	Idadismo	6
2.4	Dor crónica	8
2.5	Dor crónica na pessoa idosa	9
2.6	Funcionalidade e dor crónica	11
2.7	Influência da pessoa significativa na funcionalidade da pessoa idosa	12
3.	METODOLOGIA	17
3.1	Objetivo	17
3.2	Desenho da investigação	17
3.3	Seleção da amostra	17
3.4	Considerações éticas e procedimento de recolha de dados	18
3.5	Instrumentos de recolha de dados	20
3.6	Análise dos dados	22
4.	RESULTADOS	25
4.1	Caraterização da amostra	25
4.2	Caraterização da dor	27
4.3	Influência da dor crónica na funcionalidade da pessoa idosa segundo a perceção da pessoa significativa	28
4.3.1.	Características da dor	28
4.3.2.	Impacto da dor	30
4.3.3.	Estratégias para lidar com a dor	32
4.3.4.	Atitudes dos outros	34
4.3.5.	Atitudes da pessoa significativa	36
5.	DISCUSSÃO	39
6.	CONCLUSÃO	45
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
8.	APÊNDICES	57
8.1	Apêndice I - Folhas de Informação	57
8.2	Apêndice II - Consentimento Informado	61
8.3	Apêndice III - Guião da Entrevista	62
8.4	Apêndice IV - Questionários de Caraterização Sócio-Demográfica	63
9.	ANEXOS	69
9.1	Anexo I - <i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>	69
9.2	Anexo II - Instrumentos de Avaliação da Dor	70
9.3	Anexo III - <i>Geriatric Depression Scale</i>	72
9.4	Anexo IV - Parecer do Comité de Ética	73

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caraterização da amostra 26

Tabela 2 – Caraterização da dor das pessoas idosas e das pessoas significativas..... 27

Abreviaturas e Siglas

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

GDS – *Geriatric Depression Scale*

IASP – *International Association for the Study of Pain*

INE – Instituto Nacional de Estatística

OARS - *Older Americans Resources and Services Program*

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

QAFMI - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos

SPMSQ – *Short Portable Mental Status Questionnaire*

1. INTRODUÇÃO

O número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está aumentar mais rapidamente do que em qualquer outra faixa etária, prevendo-se que em 2050 existam, a nível mundial, 2 mil milhões de pessoas idosas (OMS, 2005). Nestas, é comum a presença de dor crónica. Num estudo realizado na população adulta portuguesa que procurou avaliar a epidemiologia da dor crónica, verificou-se que a prevalência da dor aumentava com a idade, atingindo o seu pico (65,7%) na faixa etária dos 70 aos 74 anos (Azevedo & Costa-Pereira, 2012).

Paralelamente à sua elevada prevalência nas pessoas idosas, a dor está associada a um decréscimo de funcionalidade. Isto significa que pode contribuir para uma diminuição na sua autoeficácia (*self-efficacy*), no seu nível de autonomia e de independência, impedindo-as muitas vezes de realizar as atividades da vida diária, assim como limitando a sua capacidade de interação e de convívio social - o que diminui consideravelmente a sua qualidade de vida (Celich & Galon, 2009; Lung, Huang, Shu, & Lee, 2004).

A perceção da pessoa sobre a sua própria dor pode desempenhar um papel importante no impacto funcional que esta tem no dia-a-dia (Hoving, van der Meer, Volkova, & Frings-Dresen, 2010). Todavia, também a pessoa significativa de uma pessoa com dor tem um papel importante neste particular, uma vez que as crenças e as cognições das pessoas próximas afetam a gestão da dor (McCluskey, Brooks, King, & Burton, 2011). Apesar da relação entre a perceção dos que rodeiam a pessoa idosa e a funcionalidade (da pessoa idosa), são poucos os estudos qualitativos que procuram compreender esta mesma relação.

Deste modo, este estudo tem como objetivo geral explorar a perceção que as pessoas significativas (de pessoas idosas com dor crónica) têm dessa dor e do seu impacto na funcionalidade. Para além desta secção (1. Introdução), a presente dissertação de Mestrado em Gerontologia é ainda constituída por outras cinco secções:

2. Enquadramento teórico: onde se expõe a revisão bibliográfica relativa ao envelhecimento, à dor crónica nas pessoas idosas, ao impacto da dor na funcionalidade e às percepções da pessoa significativa;

3. Metodologia: onde são descritos a amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos que utilizados no estudo;

4. Resultados: onde são apresentados os resultados obtidos;

5. Discussão: onde são discutidos os resultados obtidos e comparados com dados relevantes de outros estudos, assim como elencadas as limitações e as implicações futuras;

6. Conclusão: onde são descritas as principais conclusões do presente estudo.

Passa-se a apresentar o enquadramento teórico.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta secção é apresentada uma breve revisão bibliográfica relativa ao envelhecimento, à dor crónica e ao seu impacto na funcionalidade, à perceção da pessoa significativa e à influência desta nessa relação.

2.1 Envelhecimento e tipos de idade

O envelhecimento humano é um processo bastante heterogéneo, cujo ritmo e intensidade variam de indivíduo para indivíduo (variabilidade interpessoal). É considerado um período de crescente vulnerabilidade, associado a uma diminuição geral das capacidades na realização de atividades de vida diária (Fechine & Trompieri, 2012). Do ponto de vista cronológico, o envelhecimento ocorre no período de tempo correspondente à diferença entre um dado dia e o dia do nascimento da pessoa (Filho & Tourinho, 1998).

Uma das formas mais comuns de definir o conceito de pessoa idosa baseia-se na idade cronológica, sendo consideradas idosas aquelas com 65 ou mais anos nos países desenvolvidos, e com 60 ou mais anos nos países em desenvolvimento (Fechine & Trompieri, 2012; OMS, 2002). No entanto, para além da idade cronológica, pode dizer-se que existem mais quatro tipos de idade, respeitantes às várias dimensões dos indivíduos (Cancela, 2007; Cerqueira, 2010): a i) idade biológica, relacionada com o envelhecimento orgânico; ii) a idade psicológica, referente às competências comportamentais de adaptação como resposta às mudanças do ambiente, como a memória, a inteligência e a motivação; a iii) idade social, traduzida no papel e estatuto social da pessoa; e a iv) idade funcional, referente ao desempenho físico e social da pessoa.

A i) nível biológico (idade biológica), o processo de envelhecimento compreende uma gradual diminuição da funcionalidade do organismo até ao seu termo natural, ou seja, a morte (Baig, Bhadbhade, & Watve, 2014; Balcombe & Sinclair, 2001). Tal significa que a idade biológica é caracterizada por modificações corporais naturais que ocorrem ao longo do processo do envelhecimento humano (Schneider & Irigaray, 2008). Algumas das características mais comuns são a perda da

elasticidade da pele, a perda de força muscular, a redução da massa óssea, a perda de cabelo e a diminuição das defesas imunitárias (Balcombe & Sinclair, 2001).

A ii) idade psicológica diz respeito à capacidade em se adaptar às exigências do meio em que se está inserido usando a memória e a inteligência. É, muitas vezes, caracterizada como velha a pessoa que, comparativamente às suas capacidades cognitivas anteriores, começa a ter lapsos de memória, dificuldade de aprendizagem e falhas de atenção, de concentração e de orientação (Schneider & Irigaray, 2008).

A iii) idade social compreende o processo de mudança de papéis sociais ao longo do tempo. A cada grupo etário a sociedade atribui um determinado papel social ao qual são esperados determinados comportamentos (Schneider & Irigaray, 2008). Estes autores apontam a reforma como um dos momentos mais marcantes nessa alteração de papéis sociais; corresponde ao momento em que, socialmente, a pessoa é definida como idosa, uma vez que ao deixar o mercado de trabalho passa a ser vista como improdutivo e inativa.

Por último, a iv) idade funcional, é apurada pela súmula de informação das três idades anteriores, ou seja, aquela que depende da relação entre o número de anos, a condição física da pessoa (idade biológica), a capacidade de adaptação da pessoa face aos acontecimentos do quotidiano (idade psicológica) e o papel que a pessoa desempenha na sociedade segundo as expectativas e normas desta (idade social). Isto significa que num grupo de pessoas com a mesma idade cronológica, é considerada como mais velha, a nível funcional, a que apresentar a menor condição física, menor capacidade de adaptação e características sociais representativas desta classe (Cerqueira, 2010)

O processo de envelhecimento pode ainda ser caracterizado como envelhecimento primário (ou normal), como secundário (ou patológico) e como terciário (ou terminal). O envelhecimento primário (também conhecido como envelhecimento normal ou senescência) é um processo geneticamente determinado ou pré-programado, que está presente em todos os seres vivos, e que ocorre de forma gradual (Fechine & Trompieri, 2012). Está relacionado com a genética, mas também com fatores como a dieta, o exercício físico, o estilo de vida, entre outros aspetos, e que podem ocasionar diferentes maneiras de envelhecer (Hammerschmidt, Zagonel,

& Lenardt, 2007). O envelhecimento secundário (ou patológico) compreende alterações ocasionadas por patologias, como lesões cardiovasculares ou cerebrais (Hammerschmidt et al., 2007) e que podem acelerar o ritmo do envelhecimento normal. O envelhecimento secundário pode resultar da interação do fator biológico com fatores externos, como os culturais ou geográficos (Fechine & Trompieri, 2012). Por fim, o envelhecimento terciário (ou terminal) é caracterizado por um grande aumento das perdas cognitivas e físicas, num período relativamente curto de tempo, que leva à morte da pessoa (Hammerschmidt et al., 2007).

Resumindo, é possível perceber que o envelhecimento está, então, relacionado com vários fatores, tanto genéticos (intrínsecos) como ambientais (extrínsecos), e que se relacionam entre si (Balcombe & Sinclair, 2001).

2.2 Envelhecimento demográfico

Em termos mundiais, a percentagem de pessoas idosas (com 60 anos ou mais) aumentou de 9%, em 1994, para 12%, em 2014, e deverá atingir os 21% em 2050 (ONU, 2014). Estima-se um crescimento de 223% no número de pessoas idosas entre 1970 e 2025, o que se traduz em mais 694 milhões de pessoas idosas (OMS, 2005). Assim em 2025, prevê-se que existam um total de aproximadamente 1,2 mil milhões de pessoas com mais de 60 anos e que este número aumente para dois mil milhões até 2050 (OMS, 2005).

A faixa etária das pessoas com 60 ou mais anos apresenta um crescimento mais rápido do que qualquer outra, correspondendo a sua taxa de crescimento anual a quase o triplo da taxa de crescimento da totalidade da população (ONU, 2014). Para além disso, a população idosa vive cada vez mais tempo. Segundo a ONU (2014), a percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos é cada vez maior, representando 14% das pessoas com 60 ou mais anos em 2014, e devendo atingir os 19% em 2050.

Portugal é um país cada vez mais envelhecido. Entre os anos de 2001 e 2011 verificaram-se algumas alterações na pirâmide etária portuguesa, em particular, no estreitamento da base e no alargamento do topo, correspondentes à diminuição de

jovens (menos de 15 anos) de 16% para 15% e ao aumento de pessoas idosas (65 anos ou mais) de 16% para 19%, respetivamente (INE, 2014). Assim, o índice de envelhecimento, isto é, o número de idosos que existe para cada 100 jovens, aumentou de 102 para 128 em 2011 e para 136 em 2013. Paralelamente ao aumento do número de pessoas idosas tem ocorrido uma diminuição do número de jovens (até aos 15 anos), bem como do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, que representam a população ativa do país. O aumento do número de pessoas idosas, associado à diminuição do número de jovens e da população ativa, reflete um duplo envelhecimento da população portuguesa (INE, 2014).

O alongar do ciclo de vida humano representa um dos maiores triunfos da humanidade, mas implica, porém, grandes desafios (OMS, 2005). O aumento do peso das pessoas idosas na população acarreta consequências tanto económicas como sociais e que resultam em configurações como a exclusão social, a solidão ou a pobreza (Cancela, 2007). No entanto, as pessoas idosas constituem um recurso importante, sendo contudo, necessário que entidades como governos, organizações internacionais e as próprias sociedades civis saibam implementar políticas e programas de ‘envelhecimento ativo’ que melhorem a sua saúde, a sua participação e a sua segurança (OMS, 2005).

2.3 Idadismo

O conceito de idadismo compreende o processo de estereotipagem e discriminação sistemáticas direcionado às pessoas idosas, baseado somente no critério da idade (Butler, 1969). Existem dois tipos de idadismo, o positivo e o negativo, ambos sustentados por uma série de estereótipos e de imagens associadas às pessoas idosas e à velhice (última fase do ciclo de vida, definida consoante pertença a países desenvolvidos (65 anos) ou em vias de desenvolvimento (60 anos) (Fechine & Trompieri, 2012).

A nível científico é dada mais atenção ao idadismo negativo do que ao positivo, essencialmente por ser prejudicial às pessoas idosas (Magalhães, Fernandes, Antão, & Anes, 2002). Quando negativo, tal como outro tipo de discriminação como o racismo e

o sexismo, o idadismo representa uma afronta aos direitos humanos fundamentais (Costa & Santos, 2014). É manifestado através de três aspetos distintos que se interrelacionam (Costa & Santos, 2013): i) atitudes preconceituosas para com as pessoas idosas, o processo de envelhecimento e a velhice (mesmo as provenientes das próprias pessoas idosas); ii) práticas discriminatórias contra as pessoas idosas; e iii) políticas e práticas institucionais que perpetuam estereótipos sobre as pessoas idosas e que interferem com uma possível satisfação com a vida e debilitam o seu sentido de dignidade. O idadismo negativo afeta e reflete a maneira como a sociedade trata as pessoas idosas, mas também as percepções das próprias pessoas idosas face a si mesmas e ao seu envelhecimento (Evans & Montvilo, 2014). Quando as próprias pessoas idosas aceitam os estereótipos negativos, tendem a comportar-se de forma menos ativa (física e mentalmente) e a sofrer uma redução na sua autoestima e no seu nível de eficácia (Costa & Santos, 2014).

O conceito de imagem, quando aplicado ao quotidiano do ser humano, relaciona-se com aquilo que é externo e visível (como o corpo), mas também com ideias (arquétipos, estereótipos, imaginação, imaginário) (Costa & Santos, 2014). As imagens e estereótipos mais comuns relativos às pessoas idosas podem ser negativos ou positivos. Os negativos referem-se à doença, à impotência, ao ser feio, à disfunção cognitiva, à doença mental, à futilidade, ao isolamento, à pobreza e à depressão; enquanto as imagens e estereótipos positivos incluem a bondade, a sabedoria, a formalidade, o poder político, a liberdade, a riqueza e a felicidade (Fuentes & Negro, 2010; Magalhães et al., 2002).

Na base do idadismo negativo e imagens negativas em relação às pessoas idosas estão alguns mitos, sendo os mais comuns (OMS, 2008): a deterioração mental e física são espectáveis nas pessoas idosas; a maioria das pessoas idosas tem necessidades semelhantes; a criatividade e a contribuição são características exclusivas dos jovens; as pessoas idosas querem ser deixadas em paz e em sossego; e os gastos com pessoas idosas são um desperdício de recursos. Estes mitos negativos estão muito presentes na sociedade atual devido a algumas influências. Por exemplo, segundo a OMS (2008) o ‘fardo do envelhecimento’ é cada vez mais enunciado por decisores políticos e meios de comunicação que referem o grande impacto para o

erário público dos custos de pensões e cuidados de saúde como consequência do maior número de pessoas idosas. As famílias de várias gerações e que vivam na mesma habitação são cada vez menos comuns, o que contribui para um menor convívio entre as pessoas de diferentes faixas etárias (Evans & Montvilo, 2014). Além disso, através da disseminação de informação errada e da falta de convivência com as pessoas idosas, estas visões e percepções vão sendo alimentadas. Estas percepções generalizadas tendem a representar formas de influência nas pessoas idosas, de natureza castradora ou, pelo contrário, de natureza caritativa (se se fizer tudo o que a pessoa quer só porque é idosa), assumindo um grande relevo nas pessoas que sofrem de dor crónica e afetando a forma como estas lidam com a dor (Andrade, Pereira, & Sousa, 2006).

2.4 Dor crónica

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain* - IASP), a dor é uma experiência desagradável, de carácter sensorial e emocional que pode, ou não, estar associada a lesão tecidular (Celich & Galon, 2009). Trata-se de um fenómeno multidimensional e subjetivo que se relaciona com a memória, as expectativas e as emoções de cada um, englobando aspetos fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos e comportamentais (Celich & Galon, 2009; Merskey, 1991; Scopel, Alencar, & Cruz, 2007). Do ponto de vista da sua duração, a dor pode ser distinguida em dor aguda e dor crónica. A dor aguda é uma dor temporária que após tratamento da sua causa, ou apenas por si própria, desaparece (Gomes, 2008). A dor crónica permanece por um período de tempo superior ao razoável para a cura de uma lesão (Merskey, 1994), ou seja, este tipo de dor distingue-se do anterior pela sua regularidade e persistência, manifestando-se em episódios longos e frequentes (Gomes, 2008). Do ponto de vista temporal, alguns autores defendem que a dor terá de estar presente pelo menos há 3 meses para ser considerada crónica (Dellaroza & Furuya, 2008), enquanto outros usam como referência os 6 meses (Celich & Galon, 2009; Merskey, 1994). Para este estudo será considerada como crónica uma dor com uma duração igual ou superior a 3 meses.

Na maioria dos casos a etiologia da dor crónica é incerta e não desaparece com recurso a técnicas e procedimentos terapêuticos convencionais (Dellaroza & Furuya, 2008). Apesar de, geralmente, a dor ser um fenómeno que contribui para a integridade física da pessoa por constituir um sinal de alarme (DGS, 2008), a dor crónica, ao contrário da dor aguda, devido à sua longa duração, perde essa função de alerta e equilíbrio do organismo e é considerada uma doença em si mesma (Dellaroza & Furuya, 2008).

2.5 Dor crónica na pessoa idosa

Estima-se que cerca de 20% da população adulta sofra de dor crónica e que, anualmente, 1 em cada 10 adultos é diagnosticado com esta doença (Goldberg & McGee, 2011). Quando centramos a pesquisa nas pessoas idosas, a prevalência da dor sobe consideravelmente. Num estudo realizado no Reino Unido com 5036 pessoas com 25 anos ou mais encontrou-se uma prevalência global para a dor crónica (definida como dor há mais de 3 meses) de 50,4%, valor que foi de 57,3% na faixa etária dos 65 aos 74 anos, e de 62,0% na faixa etária dos 75 anos ou mais (Elliott, Smith, Penny, Smith, & Chambers, 1999). Noutro estudo semelhante realizado no Brasil com 1597 pessoas com mais de 18 anos encontrou-se uma prevalência global de 42%, que subiu para 60,2% quando considerado apenas o subgrupo de participantes com 50 anos ou mais (Vieira, Garcia, Silva, Araújo, & Jansen, 2012). Ainda, num estudo de Inoue e colaboradores (2015), realizado no Japão com uma amostra de 6000 pessoas com 20 ou mais anos, verificou-se uma prevalência da dor crónica de 43,8%. Contudo, este valor aumentou progressivamente com a idade e atingiu o seu pico de 52,6% no grupo dos 90 aos 100 anos. Em Portugal, 36,7% da população adulta (com mais de 18 anos) tem dor crónica e, à semelhança dos estudos referidos anteriormente, a prevalência da dor também tende a aumentar com a idade. O pico de prevalência da dor crónica, definida como dor há mais de 6 meses, encontra-se na faixa etária dos 70 aos 74 anos, onde atinge os 65,7% (Azevedo & Costa-Pereira, 2012).

A dor crónica é mais comum em pessoas que possuem outras doenças crónicas (Hecke, Torrance, & Smith, 2013). As pessoas idosas apresentam uma elevada prevalência de patologias crónico-degenerativas, em particular, a patologia osteoarticular, cujo principal sintoma é a dor (Celich & Galon, 2009). Os segmentos do corpo onde a dor é mais frequente são as regiões dorsal e lombar e os membros inferiores. Um estudo de Celich & Galon (2009) com pessoas idosas com dor crónica verificou que os segmentos mais frequentemente referidos como locais de dor são a coluna lombar (44,4%), seguida pelos membros inferiores (40,7%), em particular, o joelho (25,9%). Também Dellaroza e colaboradores (2007), num estudo com uma amostra semelhante, constataram que 21,7% dos participantes afirmaram que a dor que mais os incomodava era a dor nos membros inferiores e que em 19,6% era a dor na região dorsal.

Um outro aspeto de salientar relativamente à dor crónica nas pessoas idosas diz respeito à presença de dor em simultâneo em vários locais do corpo (Gomes & Teixeira, 2006). Thomas e colaboradores (2004) num estudo com 11230 com 50 e mais anos verificaram uma média de 6 regiões do corpo com dor por pessoa e 12,5% dos participantes referiram dor generalizada. Eggermont e colaboradores (2009), num estudo com 600 pessoas com 70 ou mais anos, verificaram que apenas 23,3% tinham dor num único segmento corporal. A maioria (39,7%) tinha dor em 2 ou mais locais (25%) ou dor generalizada (14,7%) (Eggermont et al., 2009). Entende-se por dor generalizada aquela que afeta pelo menos dois quadrantes contralaterais do corpo e a coluna, ou seja, quando a pessoa refere dor acima e abaixo da cintura, dos lados esquerdo e direito e na região axial (coluna e toráx) (Burri, Ogata, Livshits, & Williams, 2015; Hunt, Silman, Benjamin, McBeth, & Macfarlane, 1999; Mansfield, Sim, Jordan, & Jordan, 2016).

Neste sentido, os participantes deste estudo serão pessoas significativas de pessoas idosas com dor crónica em pelo menos 3 regiões do corpo ou com dor generalizada.

2.6 Funcionalidade e dor crónica

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a funcionalidade corresponde ao resultado da interação de um indivíduo com o seu contexto de forma positiva e inclui os domínios das funções/estruturas do corpo, as atividades e a participação do indivíduo na sociedade (OMS, 2004). A funcionalidade pode ser avaliada segundo o autorrelato da pessoa acerca do seu desempenho nos domínios referidos (funcionalidade percebida) ou através da medição desse mesmo desempenho (*performance*) (Weiner et al., 2003).

A dor crónica é um dos principais fatores que contribui para um decréscimo de capacidade da pessoa para a realização das suas atividades diárias (Andrade et al., 2006; Celich & Galon, 2009; Cunha & Mayrink, 2011; Herr & Garand, 2001; Santos, Souza, & Nogueira, 2011). Além disso, pessoas com dor crónica também tendem a sentir fadiga, alterações do sono, obstipação e náuseas (Cunha & Mayrink, 2011). Tudo isto condiciona a sua participação na sociedade, em atividades sociais, recreativas, familiares e profissionais, o que leva ao seu afastamento da vida social, à degradação e à quebra de relações interpessoais (Clarke, Anthony, & Gray, 2012; Dellaroza et al., 2007; Herr & Garand, 2001). Condições como a depressão, as mudanças na sexualidade, as alterações na dinâmica familiar, o desequilíbrio económico, a desesperança ou o sentimento de morte também estão bastante associadas a quadros de dor crónica (Herr & Garand, 2001). Assim, devido ao facto da dor crónica ter influência e condicionar quase todos os aspetos da vida da pessoa, passa a direcionar e limitar a suas decisões e comportamentos (Cunha & Mayrink, 2011).

Vários estudos sugerem a relação entre a presença de dor e o decréscimo de funcionalidade. Num estudo com o objetivo de analisar a influência da dor crónica na capacidade funcional, numa amostra de 8881 pessoas com 65 ou mais anos, observou-se que 21,5% dos participantes sofriam de dor crónica, dos quais 63,1% apresentavam funcionalidade reduzida, face a apenas 38,1% das pessoas sem dor (Hairi, Cumming, Blyth, & Naganathan, 2012). Trelha e colaboradores (2008) pretenderam analisar a perceção de pessoas idosas acerca da influência da dor crónica na sua capacidade funcional, estudando 111 pessoas não institucionalizadas

com 60 ou mais anos, e relataram que a dor condicionou principalmente o sono (61,26%), o humor (54,25%) e o lazer (45,05%). No entanto, também interferia na realização de tarefas como caminhar, deitar-se e levantar-se da cama, preparar refeições, fazer compras, realizar trabalhos domésticos e gerir o próprio dinheiro. Um estudo realizado por Lichtenstein e colaboradores (1998) procurou avaliar o impacto da intensidade, frequência e localização da dor na funcionalidade de 833 pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos, e concluiu-se que a intensidade era o aspeto da dor que tinha maior impacto na funcionalidade. Por fim, num estudo com uma amostra constituída por 504 pessoas com 60 ou mais anos, que tinha como objetivo avaliar os factores associados à funcionalidade percebida, verificou-se que a intensidade da dor estava inversamente associada à funcionalidade percebida, sendo um dos fatores que mais contribuía para o decréscimo desta em paralelo com a depressão (Silva, Queirós, Sa-Couto, & Rocha, 2015). Em síntese, é possível afirmar que, embora os diferentes estudos incidissem em diferentes aspetos da dor, todos indicaram que a sua presença está associada a uma diminuição da funcionalidade.

2.7 Influência da pessoa significativa na funcionalidade da pessoa idosa

Segundo Herr & Garand (2001) as pessoas idosas que sofrem de dor crónica tendem, muitas vezes, a não manifestar a dor que sentem. Uma razão para este comportamento passa pela crença generalizada, contudo errada e não suportada cientificamente, de que a dor é uma consequência esperada e natural do envelhecimento (Herr & Garand, 2001). Outros motivos consistem no medo de que a dor seja um indicativo de patologia grave ou de morte, e assim, mesmo que tal seja iminente, a dor é omitida pelo receio das consequências do reconhecimento do sintoma, como a necessidade de internamento, de exames de diagnóstico, de medicação que possa provocar efeitos colaterais indesejáveis, de despesas adicionais ou de perda de independência e/ou autonomia (Herr & Garand, 2001). As pessoas idosas tendem, ainda, a menosprezar a sua dor quando possuem outras condições médicas, dando prioridade a estas na procura de ajuda, o que muitas vezes leva a que não tratem da dor mesmo quando esta se torna insuportável (Makris, Hamann,

Walke, Gill, & Fraenkel, 2014). Num estudo qualitativo recente (Makris, Higashi, & Marks, 2015), com 93 pessoas com dor crónica na coluna lombar (23 entrevistadas individualmente e 70 em grupos focais) com mais de 65 anos, identificaram-se três motivos que influenciaram a (não) procura de assistência médica para o alívio da dor: i) as atitudes negativas dos participantes face à medicação e/ou cirurgia (74% dos entrevistados e 94% dos participantes dos grupos focais); ii) a prioridade relativa em diminuir a dor face a outras comorbilidades (96% dos entrevistados e 94% dos participantes dos grupos focais); e iii) a crença dos participantes e das suas pessoas significativas de que a dor é consequência natural do processo de envelhecimento (referido por 74% dos entrevistados e 75% dos participantes nos grupos focais). Este último motivo espelha bem como os fatores étnicos, socioeconómicos, culturais e as relações sociais e familiares têm influência no comportamento da pessoa com dor crónica (Herr & Garand, 2001; Scopel et al., 2007; Sousa, 2002). O contexto da pessoa (familiares, amigos, profissionais da área da saúde e social) tende a determinar a perceção que o próprio tem da sua dor e, consequentemente, a sua resposta à mesma, constituindo um fator importante na sua expressão (da dor) (Andrade et al., 2006). Por exemplo, a visão estereotipada de que as pessoas idosas se queixam e falam constantemente de dor pode afetar a sua confiança para expressar os seus sentimentos relacionados com o sintoma (Clarke et al., 2012).

O ser humano é um ser gregário, que vive em sociedade, e o desenvolvimento da sua identidade (*self*) tem lugar na interação com os outros. Aquele que tenha a capacidade de interferir, participar e influenciar esse processo passa a desempenhar um papel importante na vida da pessoa e é considerado uma pessoa significativa (Kelly-Campbell & Wendel, 2015). Geralmente considera-se pessoa significativa qualquer pessoa importante para o indivíduo - como um velho amigo, um antigo amor, um irmão ou um pai - que se conhece há muito tempo e tem impacto na sua vida, existindo um investimento emocional entre as duas partes (Andersen & Thorpe, 2009). Num estudo com mulheres grávidas acerca das suas tomadas de decisão relativas à amamentação, a pessoa significativa foi definida como a pessoa descrita pela gestante como aquela cuja opinião mais lhe importava (Kessler, Gielen, Diener-West, & Paige, 1995).

Esta influência esteve bem patente num estudo desenvolvido por Makris, Higashi, & Marks (2015), cujas pessoas significativas foram indicadas como aquelas (elementos externos) que influenciavam a perceção da dor e o comportamento das pessoas com dor perante a mesma. As crenças e cognições de pessoas próximas relativamente à dor de terceiros tendem a alterar a forma como estes reagem e decidem lidar com o sintoma e as suas consequências (McCluskey et al., 2011).

Esta influência no comportamento da pessoa com dor por parte das pessoas significativas pode ser consciente ou inconsciente, e resulta do elevado nível de intimidade e de frequência de contacto entre os dois elementos (Leonard, Cano, & Johansen, 2006). As pessoas significativas atuam como fontes de reforço ou de punição dos comportamentos das pessoas com dor (McCluskey et al., 2011). Prestar atenção ou dar apoio quando a pessoa expressa dor são fontes de reforço positivo de um determinado comportamento, enquanto ignorar ou reagir de forma negativa ao comportamento aquando da dor podem funcionar como um reforço negativo e levar à diminuição ou extinção do mesmo (Leonard et al., 2006). Um estudo realizado em ambiente clínico (Romano et al., 1992) com uma amostra de 50 pessoas com dor crónica e respetivos cônjuges teve como objetivo perceber qual a influência de comportamentos prestativos (reforço positivo) e agressivos (reforço negativo) por parte de cônjuges no comportamento de pessoas com dor. Os resultados indicam que as respostas não-verbais de dor eram significativamente mais frequentes quando o cônjuge tinha comportamentos prestativos do que quando o cônjuge tinha comportamentos agressivos. A opção da pessoa significativa pelo reforço positivo às manifestações de dor, atuando como ‘testemunhas da dor’, deve-se, em muitos casos, a estas considerarem que é o que uma ‘boa’ pessoa significativa deverá fazer (McCluskey et al., 2011). Num estudo deste autor, no qual participaram 5 pares constituídos por pessoas com dor lombar crónica, com idades compreendidas entre 29 os 54 anos, e respetivas pessoas significativas, com o objetivo de avaliar a perceção das pessoas significativas relativamente à dor, as pessoas significativas concordavam e davam ênfase às queixas manifestadas, tornando-se até mais pessimistas (do que as próprias) em relação às limitações causadas pelo sintoma na vida profissional e social das pessoas com dor (McCluskey et al., 2011). Assim, esta

tendência da pessoa significativa em partilhar a opinião da pessoa idosa com dor em relação a esta e às suas consequências pode corresponder a um reforço positivo, e representar um incentivo e apoio na manifestação da dor.

Em síntese, a dor crónica é uma patologia com uma prevalência elevada nas pessoas idosas e um dos determinantes mais importantes na sua funcionalidade. As pessoas significativas parecem representar uma influência externa que desempenha um papel importante nos comportamentos das pessoas com dor. Contudo, parece existir uma escassez de estudos neste âmbito. Assim, considera-se importante perceber e explorar a perceção das pessoas significativas de pessoas idosas com dor crónica relativa a esta e a sua influência na funcionalidade (da pessoa com dor).

3. METODOLOGIA

3.1 Objetivo

O objetivo desta dissertação é explorar a percepção que as pessoas significativas (de pessoas idosas com dor crónica) têm dessa dor e do seu impacto na funcionalidade.

3.2 Desenho da investigação

Este estudo foi desenvolvido através de uma abordagem qualitativa, transversal e descritiva, recorrendo a uma entrevista semiestruturada individual. Esta é um método de investigação que possibilita interpretar e perceber um fenómeno a partir das pessoas que o vivenciaram, dando ênfase a uma compreensão alargada do mesmo (Fortin, Côte, & Filion, 2009).

3.3 Seleção da amostra

A amostra do estudo é não probabilística do tipo bola de neve. Da amostra fizeram parte pessoas idosas com dor crónica e respectivas pessoas significativas. No presente estudo considerou-se como pessoa significativa a enunciada pela própria pessoa idosa como aquela que exerce maior influência nas suas decisões (em consonância com as definições de Andersen e Thorpe (2009) e Kessler e colaboradores (1995)).

Os critérios de inclusão para as pessoas idosas foram os seguintes: (1) ter 65 anos ou mais; (2) não estar institucionalizado; (3) ter dor crónica em pelo menos 3 regiões do corpo ou ter dor generalizada, sentida pelo menos uma vez por semana nos últimos 3 meses; (4) obter uma pontuação inferior a 4 na aplicação do instrumento *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (Anexo I); e (5) ter uma pessoa significativa.

Os critérios de inclusão para as pessoas significativas foram os seguintes: (1) conhecer o historial clínico e, em particular, o historial de dor da pessoa idosa com dor; e (2) obter uma pontuação inferior a 4 na aplicação do instrumento *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (Anexo I).

Estes critérios foram verificados através do diálogo com os potenciais participantes, sendo então selecionados para o estudo os que preenchiam os necessários requisitos.

No presente estudo foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas individuais a pessoas significativas de pessoas com 65 ou mais anos com dor crónica, tendo sido identificado o respetivo ponto de saturação aquando da realização da última. O ponto de saturação é definido por Thiry-Cherques (2009) como o momento em que o acréscimo de dados e informações não altera a compreensão do fenómeno em estudo, sendo um indicador que possibilita determinar a validade de um conjunto de observações. Este autor considera que o número de entrevistas necessário para atingir o ponto de saturação corresponde a 12, acrescido de um quarto dessas para diminuir a probabilidade de erro.

3.4 Considerações éticas e procedimento de recolha de dados

Este estudo obteve o parecer favorável do Comité de Ética e Deontologia da Universidade de Aveiro (Anexo IV).

Num primeiro momento foi realizada uma entrevista-teste com uma pessoa com dor e com a respectiva pessoa significativa, as quais não fizeram parte da amostra do estudo. Este procedimento foi acompanhado pelas outras duas investigadoras com o intuito de treinar a entrevistadora e para reafirmar aspectos importantes a ter em conta na realização das entrevistas a incluir no estudo.

Após a selecção dos participantes foi dado a conhecer aos mesmos os objetivos e os procedimentos do estudo sob a forma de uma folha de informação desenvolvida para o efeito (Apêndice I), assim como verbalmente. Antes de se realizar qualquer procedimento, todos os participantes assinaram o consentimento informado, livre e

esclarecido (Apêndice II). De seguida foi aplicado o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ); caso fosse identificado défice cognitivo, não se avançaria para o protocolo da recolha de dados.

O Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) foi criado por Pfeiffer (1975) e traduzido e adaptado por Rodrigues (2008). É um questionário constituído por 10 perguntas de resposta breve, que tem como objetivo detetar a presença de défice cognitivo. O score final é obtido pela soma de respostas erradas (erros), sendo permitido o desconto de um erro no caso de a pessoa ter apenas como habilitações o ensino básico, e na presença de erros ser acrescido um erro no caso de a pessoa ter concluído o ensino secundário e/ou superior. A obtenção de 0 a 2 erros revela funcionamento mental normal, 3 a 4 erros défice cognitivo ligeiro, 5 a 7 erros défice cognitivo moderado e 8 ou mais erros défice cognitivo grave (Rodrigues, 2008). Salienta-se que por vezes o facto de a pessoa errar mais de 4 questões poderá ser justificado por desconhecimento da resposta ou ansiedade face ao entrevistador (Fillenbaum, 1999). Rodrigues (2008) validou este instrumento através da validação do *Older Americans Resources and Services Program* (OARS) que compreende duas partes, sendo que a primeira abrangia a avaliação de cinco áreas funcionais (saúde mental, recursos sociais, recursos económicos, saúde física e atividades de vida diária) e incluía o SPMSQ. Rodrigues (2008) traduziu o OARS dando-lhe o nome de Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (QAFMI) e aplicou-o a 302 idosos (147 residentes em lares e 155 utentes de centro de dia) nos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Guarda e Viseu. A fim de verificar coerência interna e a validade de construção da adaptação da versão portuguesa, Rodrigues (2008) realizou uma análise fatorial dos itens subjetivos (alfa de *Cronbach* superior a 0,80) que revelou uma boa consistência interna, agrupando os mesmos de igual forma à versão original. Assim, optou-se pela utilização deste instrumento por estar validado para a população portuguesa e pela facilidade e rapidez da sua aplicação.

A maioria das aplicações do protocolo foi realizada no local de residência das pessoas significativas e, as restantes, em espaços nos quais os participantes se sentiam à vontade para responder às questões. Com a devida autorização dos

participantes, as entrevistas foram gravadas em formato áudio (apenas) e posteriormente transcritas *verbatim*, tendo sido assegurado o seu anonimato.

3.5 Instrumentos de recolha de dados

Por forma a caracterizar os participantes (pessoas idosas com dor e pessoas significativas) e a sua dor foi utilizado um questionário demográfico (Apêndice IV) e a aplicação de instrumentos para avaliar a dor. Para a avaliação da dor foram utilizados o ‘*Body Chart*’ (a localização e o número de locais com dor), a ‘Escala Vertical Numérica da Dor’ (a intensidade da dor) e duas perguntas de resposta fechada desenvolvidas pelos investigadores para avaliar a frequência e a duração da dor (Anexo II). Foi ainda utilizada a ‘Escala de Depressão Geriátrica’ (GDS) (Anexo III) para detectar a presença de sintomas depressivos. Por fim, para a recolha de dados relativa à percepção dos participantes sobre a dor da pessoa idosa e do seu impacto na respetiva funcionalidade, recorreu-se à realização de uma entrevista semiestruturada individual, conduzida segundo o guião elaborado pelos investigadores (Apêndice III). Segue-se a descrição dos instrumentos utilizados.

(i) Questionário de caracterização sociodemográfica

Este questionário pretende recolher dados sociodemográficos de todos os participantes (Apêndice IV). Os dados sociodemográficos são relativos ao sexo, idade, educação formal, estado civil e ocupação. Contêm ainda duas questões acerca do tipo de relação entre a pessoa idosa e a respectiva pessoa significativa e frequência de contacto entre estas.

(ii) Instrumentos de avaliação da dor

- ***Body Chart*** – Este instrumento visa a avaliação da localização da dor (Anexo II). Consiste em pedir ao participante para assinalar numa imagem do corpo humano, o local ou locais onde sente dor (Torres & Ciconelli, 2006). Esta forma de avaliação da localização da dor é bastante eficaz e simples de utilizar, especialmente com pessoas idosas, e cumpre com as *guidelines* definidas pela

Royal College of Physicians (2007) acerca da avaliação da dor em pessoas idosas. Para facilitar a análise das respostas obtidas, o *Body Chart* foi dividido em locais de dor (cabeça, cervical, torácica, lombar, ombro, antebraço, braço, mão, anca, coxa, joelho, perna e tibiotársica/pé).

- **Escala vertical numérica da dor** – Este instrumento visa a avaliação da intensidade da dor (Anexo II). Através de uma escala vertical numérica, varia de 1 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável) de acordo com os princípios do *Royal College of Physicians* (Collett & O'Mahoney, 2007). Também segundo a *Royal College of Physicians* (2007), a escala vertical numérica da dor é indicada para quantificar a intensidade da dor em pessoas mais velhas sem compromisso cognitivo ou de comunicação.

(iii) Avaliação da frequência e duração da dor

Este instrumento consiste em duas perguntas: uma pretende identificar a frequência da dor na última semana e outra o tempo de duração da referida dor (Anexo II). A frequência da dor na semana anterior à entrevista foi obtida pedindo aos participantes para escolherem uma das seguintes opções: 1) raramente (uma vez por semana), 2) ocasionalmente (duas a três vezes por semana), 3) muitas vezes (mais do que três vezes por semana) e 4) sempre. A duração da dor foi obtida perguntando aos participantes há quanto tempo sentiam dor.

(iv) Escala de Depressão Geriátrica - 15 itens (GDS, *Geriatric Depression Scale*)

A Escala de Depressão Geriátrica é um instrumento que funciona como medida de despiste de depressão em pessoas idosas (Anexo III). A versão de 15 itens foi desenvolvida por Yesavage e por Sheikh em 1986, é uma versão reduzida da original de 30 itens elaborada pelos mesmos autores, a partir dos itens que melhor se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Com perguntas de resposta 'sim' e 'não', uma pontuação igual ou superior a 5 indica depressão (Weintraub, Oehlberg, Katz, & Stern, 2006). A consistência interna da escala foi avaliada por Almeida e

Almeida (1999) e revelou um índice de fiabilidade de 0,81. Também os níveis de sensibilidade e especificidade da escala são elevados, quer para indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos, quer para indivíduos com mais de 65 anos (Weintraub, Saboe, & Stern, 2007).

(v) Entrevista semiestruturada individual

Nesta entrevista pretende-se explorar a percepção da pessoa significativa relativamente à dor crónica da pessoa idosa, bem como ao seu impacto nas suas atividades (Apêndice III). O guião, através do qual a entrevista foi conduzida, é constituído por 11 perguntas e que compreendem três temas principais: a percepção da pessoa significativa em relação à dor da pessoa idosa (5 perguntas); o impacto na vida diária (3 perguntas); e as estratégias/tratamentos para lidar com a dor (3 perguntas). O primeiro tema é constituído pelas perguntas ‘Como descreveria a dor da pessoa X?’, ‘Porque acha que a pessoa X tem dor?’, ‘Acha normal as pessoas idosas sentirem dor?’, ‘O que acha que mais preocupa ou incomoda a pessoa X em relação à dor dela?’, e ‘A pessoa X costuma conversar com alguém sobre a dor dela (se sim como reagem)?’. O segundo tema, o impacto na vida diária, inclui as questões ‘Qual o impacto que a dor tem na vida da pessoa X?’, ‘Quando a pessoa X sente dor como é que ela fica (no sentido emocional)?’, e ‘A dor da pessoa X afeta as suas relações pessoais?’. E por fim, o terceiro tema, as estratégias/tratamentos para lidar com a dor, é composto pelas perguntas ‘Como é que a pessoa X lida com a dor dela?’, ‘Acha que a pessoa X recebe todos os cuidados que precisa?’ e ‘Como acha que os profissionais de saúde veem a dor da pessoa X?’.

3.6 Análise dos dados

A caracterização dos aspectos sociodemográficos da amostra, da dor e dos sintomas depressivos foi feita através de estatística descritiva (média, desvio padrão, frequências absolutas e relativas).

As entrevistas realizadas às pessoas significativas foram transcritas na íntegra pela entrevistadora, seguindo-se uma posterior leitura acompanhada pela gravação

por forma a detetar possíveis erros e corrigi-los. Quando surgiram palavras ditas de forma pouco correta, estas foram transcritas conforme enunciadas, mas fazendo-se seguir de parênteses retos com a palavra escrita corretamente (ex., auga [água]). Na falta de uma palavra estes parênteses retos foram também utilizados para uma melhor compreensão (ex., há uns [vizinhos] que compreendem).

Através das transcrições das entrevistas foi feita a análise de conteúdo. Para o processo de interpretação dos dados obtidos, estes foram organizados por categorias e subcategorias com recurso a uma tabela. As unidades de análise adotadas foram as respostas (frases) dos participantes, pelo que inicialmente foram analisadas as relativas a cada pergunta do guião da entrevista, seguindo-se de uma identificação das categorias e subcategorias de informação (temas e subtemas) que compreendiam o conteúdo das respostas (frases). As categorias e subcategorias foram identificadas, num primeiro momento, pelos três investigadores de forma independente, e posteriormente discutidas em conjunto até se chegar a um consenso. Uma vez que os resultados tendem a ser entendidos segundo a perspectiva de cada investigador, recorreu-se à técnica da triangulação por forma a se garantir a fiabilidade da análise qualitativa. A técnica da triangulação permite, através da observação do mesmo fenómeno por diferentes observadores, chegar-se a uma possível convergência através de um processo de confirmação mútua, o que permite uma maior precisão e objetividade nessa análise (Madill, Jordan, & Shirley, 2000).

Para proteger a identidade dos participantes foi utilizado um código de identificação dos mesmos: PS (Pessoa Significativa), seguido do número correspondente à ordem da realização da entrevista.

4. RESULTADOS

Passam-se a apresentar os resultados obtidos no presente estudo.

4.1 Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 15 pares de pessoas, cada um formado por uma pessoa idosa com dor crónica e respectiva pessoa significativa, residentes nos concelhos de Águeda e de Ovar.

Relativamente às pessoas idosas, 13 (86,7%) são mulheres e 2 (13,3%) são homens, com idades entre os 65 e os 87 anos ($média \pm DP = 73,3 \pm 6,2$ anos) (Tabela 1). A maioria dos participantes possui o 4.º ano de escolaridade (60%), é casada (53,3%), reformada (93,3%) e apresenta sintomas depressivos (53,3%).

No que diz respeito às pessoas significativas, 9 (60%) eram mulheres e 6 (40%) homens, com idades compreendidas entre os 21 e os 83 anos ($média \pm DP = 60,2 \pm 17,0$). Neste grupo, 46,7% das pessoas tinham o 4.º ano de escolaridade, 66,7% eram casadas e 46,7% reformadas. Os tipos de relação com a pessoa idosa com dor mais comuns eram: cônjuge (33,3%) e filho/a (33,3%), sendo que a grande maioria (80%) referiu ter uma frequência de contacto diária com a pessoa idosa. Ainda, 6 das 15 (40%) pessoas significativas apresentavam sintomas depressivos.

Tabela 1 – Caraterização da amostra

Caracterização da amostra	Pessoas idosas (n=15) n (%)	Pessoas significativas (n=15) n (%)
Sexo		
Feminino	13 (86,7%)	9 (60%)
Masculino	2 (13,3%)	6 (40%)
Educação formal		
Não sabe ler nem escrever	0 (0%)	1 (6,7%)
Sabe ler e escrever	5 (33,3%)	0 (0%)
4.º ano de escolaridade	9 (60%)	7 (46,7%)
6.º ano de escolaridade	0 (0%)	2 (13,3%)
12.º ano de escolaridade	0 (0%)	2 (13,3%)
Bacharelato/Licenciatura	1 (6,7%)	3 (20%)
Estado civil		
Solteiro	0 (0%)	2 (13,3%)
Atualmente casado	8 (53,3%)	10 (66,7%)
Divorciado	1 (6,7%)	2 (13,3%)
Viúvo	6 (40%)	1 (6,7%)
Ocupação atual		
Empregado assalariado	0 (0%)	4 (26,7%)
Trabalha por conta própria	0 (0%)	1 (6,7%)
Estudante	0 (0%)	1 (6,7%)
Doméstica/Dona de Casa	1 (6,7%)	0 (0%)
Reformado	14 (93,3%)	7 (46,7%)
Desempregado (razão de saúde)	0 (0%)	2 (13,3%)
Relação com a pessoa idosa		
Filho/a		5 (33,3%)
Cônjuge		5 (33,3%)
Irmão		2 (13,3%)
Amigo		2 (13,3%)
Nora		1 (6,7%)
Frequência de contacto com pessoa idosa		
Diariamente		12 (80%)
2 a 3 vezes por semana		3 (20%)
Depressão (GDS)	8 (53,3%)	6 (40%)

4.2 Caraterização da dor

A maioria das pessoas idosas apontou como locais do corpo com dor os membros inferiores, sendo que o direito foi referido por 13 pessoas (86,7%) e o esquerdo por 14 (93,3%) (Tabela 2). Também se destacou a região lombar, sendo referida por 11 pessoas (73,3%). Relativamente à intensidade da dor, este grupo apresentou uma média de $6,8 \pm 1,9$. A maioria sente dor de forma contínua (60%) e, em média, há cerca de 16 anos ($média \pm DP = 15,7 \pm 9,6$).

Das 15 pessoas significativas 11 também apresentavam dor crónica, sendo o membro superior direito (45,5%), o membro superior esquerdo (45,5%), o membro inferior esquerdo (45,5%) e a região lombar (45,5%) os locais do corpo com dor mais comuns nestas pessoas. A média de intensidade da dor neste grupo foi de $5,5 \pm 1,7$; a maioria referiu que era constante (54,5%) e que, em média, tinha uma duração de 7 anos ($média \pm DP = 6,6 \pm 9,6$).

Tabela 2 – Caraterização da dor das pessoas idosas e das pessoas significativas

Caracterização da dor	Pessoas idosas (n=15) n (%)	Pessoas significativas (n=11) n (%)
Locais de dor		
Cabeça	4 (26,7%)	2 (18,2%)
Cervical	8 (53,3%)	3 (27,3%)
Torácica	4 (26,7%)	0 (0%)
Lombar	11 (73,3%)	5 (45,5%)
Membro superior direito	9 (60%)	5 (45,5%)
Membro superior esquerdo	9 (60%)	5 (45,5%)
Membro inferior direito	13 (86,7%)	4 (36,4%)
Membro inferior esquerdo	14 (93,3%)	5 (45,5%)
Frequência		
1 vez por semana	0 (0 %)	1 (9,1%)
2 a 3 vezes por semana	2 (13,3%)	2 (18,2%)
Mais de 3 vezes por semana	4 (26,7%)	2 (18,2%)
Sempre	9 (60%)	6 (54,5%)

4.3 Influência da dor crónica na funcionalidade da pessoa idosa segundo a percepção da pessoa significativa

Após a análise de conteúdo das entrevistas realizadas às pessoas significativas foi possível identificar cinco categorias de informação (com as respetivas subcategorias) que agregam a sua percepção acerca da dor da pessoa idosa, sendo estas: (1) características da dor; (2) impacto da dor; (3) estratégias para lidar com a dor; (4) atitudes dos outros; e (5) atitudes da pessoa significativa.

4.3.1. Características da dor

Para descrever a dor da pessoa idosa as pessoas significativas referiram cinco características que foram definidas como subcategorias: (i) localização; (ii) intensidade; (iii) frequência; (iv) fatores predisponentes; e (v) qualidade da dor.

(i) Localização

No que diz respeito à localização da dor da pessoa idosa, a maioria dos participantes (n=10) mencionou-a, sendo os locais mais referidos os joelhos (n=6), a coluna (n=4) e os membros inferiores (n=3).

E agora está com problemas no joelho. (PS14)

A maior parte delas na coluna. (PS05)

Também se queixa de dor numa perna. (PS08)

Ela tem aquelas dores porque tem as dores nas pernas e nos joelhos. (PS10)

(ii) Intensidade

Uma segunda característica enunciada pela maioria dos participantes foi a intensidade da dor (n=13), dos quais 10 classificaram a dor da pessoa idosa como intensa, 2 julgaram ser de intensidade variável e apenas 1 a considerou ligeira.

Não [não são ligeiras], são sempre dores para nível 8, nível 7, 8, e chegam por vezes a atingir o 9. Não digo 10 porque já seria mesmo estar a gritar com dores mas o 7, 8 muitas vezes é atingido. (...) São muito intensas. (PS05)

Não [não é ligeira], é intensa! É intensa! (PS10)

O grau de intensidade não é constante. Eu penso que não, pelo menos ela não se queixa assim. Às vezes queixa-se mais, eu penso até em alturas que haja mudança do tempo ou qualquer coisa. (PS08)

Não [não é intensa], é inteiramente ligeira. (PS04)

(iii) Frequência

A frequência com que a pessoa idosa tem dor foi referida por 8 pessoas significativas. Destas, a maior parte considerou que a dor da pessoa idosa era contínua (n=6), enquanto 3 pensavam ser ocasional.

Está sempre presente sim, sim. (PS04)

Há dores sempre, diárias, constantes mas que, e persistentes também. (PS05)

E por vezes também se queixa de dor numa perna, por vezes, mas pronto é por vezes nem sempre. (PS08)

(iv) Fatores predisponentes

No que diz respeito a uma quarta característica, os fatores predisponentes da dor sentida pela pessoa idosa, todas as pessoas significativas a mencionaram. Deste modo, segundo a maioria (n=11), os esforços e trabalho realizados ao longo da vida contribuíram para a pessoa idosa sentir dor. Outros fatores apontados foram patologias (n=8) e o ser próprio da velhice (n=8). Ainda 2 pessoas consideraram que a alimentação e outras 2 que o excesso de peso terão influência na dor, e 1 que a dificuldade em gerir a quantidade de esforço que pode fazer e o sedentarismo serão também fatores que contribuem para a dor da pessoa idosa.

É tudo [da velhice e esforços], ela trabalhou muitos anos na agricultura, trabalhos pesados é normal que agora tenha dores. (PS12)

Porque tem uma fratura na coluna, ou já teve, e portanto as vertebrae estão pressionadas e causam-lhe dor (...), são consequências da vida que teve, de alguns esforços e são agravadas, que já confirmamos pelo esforço físico. (PS03)

A causa daquela dor deve estar relacionada com uma patologia, uma patologia qualquer que eu penso que será uma tendinite, pelo menos é isso que os médicos dizem. (...) Sim [a velhice também pode ter influência], a idade há-de ter com certeza, eu penso que sim. (PS08)

No caso dela eu acho que a alimentação influencia. Porque ela acho que não tem a alimentação adequada. Como não pode, não faz o comer e acaba por comer qualquer coisa mais rápida, o que faz com que também fique forte e não ajude para as dores que ela tem. (PS09)

Alguma negligência em gerir os esforços (...), algum sedentarismo e excesso de peso. (PS15)

(v) Qualidade

Quanto à qualidade da dor, alguns dos participantes (n=5) definiram-na como sendo incapacitante (n=2), incomodativa (n=2) e psicológica (n=1).

Sim [é incapacitante](...), ela não pode fazer muita coisa. (PS10)

Mas as dores dele (...) são incomodativas. (PS04)

Muito embora nessa dor parte dela não seja dor tão normal, seja parte psicológica, e digo isto porquê? Porque quando está com as outras pessoas, quando está numa conversa normal com outras pessoas, aparentemente não tem dores. (PS05)

4.3.2. Impacto da dor

Segundo as pessoas significativas a dor que as pessoas idosas sentem tem impacto nas suas vidas quer a nível pessoal quer na sua relação com os outros. Neste sentido, foi possível definir duas subcategorias: (i) impacto pessoal (emocional, físico e a qualidade do sono) e (ii) impacto interpessoal.

(i) Impacto pessoal

As pessoas significativas apontaram que a dor da pessoa idosa tem impacto emocional, físico e a nível da qualidade do sono desta.

A totalidade das pessoas significativas (n=15) acharam que a dor da pessoa idosa tem um impacto a nível emocional, não apenas no que respeita às emoções que sente nesses momentos, como tristeza e ansiedade, mas também em relação às preocupações que possa sentir quanto às possíveis consequências da dor no futuro.

E ele era todo alegre e agora tem dias que até anda mal disposto porque não se sente bem. (...) As coisas, o que mais o incomoda é não fazer as coisas. E depois fica ansioso, muito ansioso e pronto, para mim é isso. (PS04)

Triste. (...) Frustrada com certeza, porque se quer fazer alguma coisa não pode. Se tem, se quer fazer alguma coisa e sente dor, que não consegue fazer, é natural que se sinta frustrada e que se sinta [ressinta]. (PS05)

É ficar encamada [acamada], digo eu [o que mais preocupa]. (...) Sim, já chegou a comentar, já chegou a dizer. (...) A mãe está num lar encamada [acamada] e ela diz que não quer sofrer como a mãe. (PS09)

Tem medo de ficar entrevado ou então tem medo da morte. (PS11)

Grande parte dos entrevistados (n=12) considerou que a dor das pessoas idosas terá, também, impacto a nível físico, na medida em que as limita na realização de certas atividades do seu quotidiano, como nas tarefas domésticas. Ainda, quase metade das pessoas significativas (n=7) pensa que a dor contribui para a sua dificuldade em dormir.

Impede-o de fazer esforços. (...) Por exemplo, ele gostava muito de subir aos telhados, arranjar uma telha, (...) de andar para aí a cavar e a arrancar ervas e assim e isso impede, ele não pode fazer essas coisas, nem deve. (PS04)

Pois, impede muito de fazer trabalhos de casa, por exemplo, até aspirar e isso ela não pode e até no andar, tem muita dificuldade no andar. (...) Cozinha, mas com dificuldade, e andar de pé. (PS14)

Sim, por vezes, penso que também esteja relacionado [com o sono]. (...) Isso qualquer coisa desperta, basta uma pequena dor para não dormir, para não estar bem, não ter posição. (PS03)

(ii) Impacto interpessoal

Em relação ao impacto interpessoal, das pessoas significativas que consideraram que a dor tem impacto nos relacionamentos da pessoa idosa com os outros (n=9), algumas mencionaram que recai especificamente nas relações com a família (n=4), com os amigos (n=2) e com a própria pessoa significativa (n=2).

Sim, sim [afeta-a nas relações pessoais]. (...) Não quer conversas com ninguém. (PS13)

Talvez mais à família [afete mais]. (...) Talvez mais à família, e à pessoa com quem ela se sente mais à vontade para desabafar. (PS07)

Sim [relativamente a amigos], de certa forma. Porque quando nos impossibilita de ir conviver com outros amigos, ou de sair, naturalmente esta afeta as relações com as outras pessoas. (PS03)

Comigo principalmente fica revoltada, a dor revolta-a muito. Fica então, deixa de ter o mínimo de calma para resolver seja o que for. (...) Percebo, possivelmente, mas o que não quer dizer que isso não me provoque também em mim o stresse normal [e] que por vezes me leve a responder coisas que às vezes nem se querem. (PS05)

Todavia, houve 6 pessoas significativas que consideraram que não há qualquer impacto da dor a nível interpessoal.

Penso que não afeta [as relações pessoais]. (...) Não, não, isso não altera. (PS01)

Não [não afeta as relações pessoais], pelo menos comigo não, ela tenta estar sempre bem com as outras pessoas. (PS12)

4.3.3. Estratégias para lidar com a dor

As pessoas significativas identificaram algumas estratégias que, na sua opinião, a pessoa idosa utiliza para lidar com a dor. Estas foram agrupadas em duas subcategorias: (i) estratégias formais e (ii) estratégias informais.

(i) Estratégias formais

A nível formal, as pessoas significativas enunciaram aquilo que consideram que as pessoas idosas, para lidar com a sua dor, fazem quanto à procura e à realização de cuidados de saúde profissionais.

De acordo com quase todas as pessoas significativas, a principal estratégia a nível formal adotada passa pela procura de profissionais de saúde (n=14) e pelo recurso a medicação prescrita e/ou analgésicos para aliviar a sua dor (n=11).

Sim [fala sobre a dor], com o médico de família e com os terapeutas neste momento e com os profissionais de saúde. (PS05)

Fala sim [com profissionais de saúde], fala, fala. E fala bem, até se explica bastante bem. (...) Vai-se à caixa dos comprimidos e vai ver o que é que é melhor para ele tomar. (PS04)

Apenas 1 pessoa significativa referiu que a pessoa idosa frequenta sessões de fisioterapia para alívio da dor. Destaca-se ainda 1 pessoa idosa que, segundo a sua pessoa significativa, evita, por vontade própria, recorrer a qualquer meio formal para aliviar a dor.

É assim, com os profissionais de saúde, ela se puder evitar ir aos médicos evita. (...) À partida evita ir, evita queixar-se mesmo ao médico. (...) Ela evita ao máximo [tomar medicação], por norma não toma. (PS08)

(ii) Estratégias informais

As estratégias informais enunciadas pelos entrevistados relacionam-se com aquelas que envolvem o auxílio da família e dos amigos, assim como as estratégias que não coincidem com tratamentos prescritos por profissionais de saúde.

Do ponto de vista das pessoas significativas, as pessoas idosas contam com a família e os amigos como recursos para lidar com a dor que sentem: a maioria referiu que procuram apoio emocional junto desses (n=14) e considera que os familiares prestam a ajuda necessária (n=14).

Sim [costuma conversar sobre a dor], muitas vezes. (...) Marido, filhos, noras, netos, vizinha, padre. (PS15)

Sim [conversa sobre a sua dor]. Normalmente com algumas pessoas, mais amigas e com os filhos, quando vêm. (...) Sim, por parte da família [recebe todos os cuidados que necessita], quer de mim quer dos filhos, tem todo o apoio e tudo aquilo que lhe é necessário, digamos assim. (PS05)

Sim [da parte da família], eu dou-lhe banho todos os dias de manhã e vou vesti-la. Quando é para ir ao médico ou vou eu ou vai o meu irmão mais velho. Tentamos sempre ajudá-la, umas vezes mais, outras menos. (PS10)

Outras estratégias a nível informal que para pessoas significativas são utilizadas pelas pessoas idosas são o repouso/descanso (n=9), a utilização de pomadas (n=3), massagens (n=2) e água quente (n=2).

Sim, sim, sim descansa, também tenta descansar. Tem mesmo de descansar, sim. (PS04)

Ah sim, sim, descansa (...) e costuma também ir a massagistas. (PS11)

Olhe, enche uma bacia de auga [água] quente, bota [põe] as pernas e é o que ela faz. Tem aí pomada, aí para esfregar. (PS02)

4.3.4. Atitudes dos outros

As pessoas significativas descreveram como os outros encaram e reagem à dor da pessoa idosa. Uma vez que foram enunciados tanto profissionais de saúde como família e amigos, optou-se por subdividir esta categoria em: (i) atitudes dos profissionais de saúde (nível formal) e (ii) atitudes da família e dos amigos (nível informal).

(i) Atitudes dos profissionais de saúde (nível formal)

Para a generalidade das pessoas significativas as atitudes dos profissionais de saúde face às queixas das pessoas idosas em relação à dor são adequadas. Isto justifica-se uma vez que a maioria dos entrevistados considerou que estas recebem todos os cuidados que necessitam por parte dos profissionais de saúde (n=12) e que estes não menosprezam as queixas das pessoas idosas nem julgam que fingem ou exageram na sua dor (n=11).

Fazem tudo, fazem tudo [profissionais de saúde]. (...) Tem, tem [os cuidados precisos a nível médico]. (...) Tentam. Os profissionais tentem [tentam] em saber qual é, qual é a dor. (PS02)

Não, eles não dão a entender nada que eu perceba que... [eles pensam que exagera ou finge] eu acho que, entendo, sim, que eles que sabem que tem qualquer coisa, que tem ali a dor. Eles sabem, os médicos que o tratam a ele sabem que não está a fingir nada. (...) Tem feito tudo por ele tem, são impecáveis, são sim senhor. (PS04)

Realça-se também que uma parte das pessoas significativas pensa que os profissionais não optam por novos tratamentos para a dor da pessoa idosa por não haver outra alternativa para o tratamento da mesma (n=4) e que algumas consideram que as atitudes dos profissionais variam segundo fatores como o contexto da consulta da pessoa idosa com dor (n=2).

O médico também já não dá mais nada a não ser a medicação, não lhe dá mais conselho nenhum, fisioterapia nem nada, porque aquilo é artroses. (PS10)

Mas só dizem que não sabem o que hão de fazer, (...) fazem tudo, têm feito tudo por ele. (PS04)

Um médico particular, pelo facto de estar ele a fazer a consulta e a cobrar ao doente, digamos que dá sempre muito mais importância. (...) Se for no sistema nacional de saúde, se calhar (...) as coisas possam ser tratadas de uma forma mais, mais leve digamos assim. (PS03)

(ii) Atitudes da família e dos amigos (nível informal)

Grande parte das pessoas significativas entende que a família e os amigos das pessoas idosas com dor manifestam uma atitude de compreensão face a dor destas (n=9), ou seja, que perante as queixas tentam ser úteis e até aconselhar as pessoas idosas. É referido por algumas pessoas significativas que, embora a generalidade dos familiares e amigos seja compreensiva, há quem não o seja (n=3).

Podem aconselhar isto ou aquilo na altura. (...) Nós temos bons vizinhos, penso que não [não desconsideram], que reagem bem e que auxiliam no que podem. (PS01)

Com força, tentando dar uma esperança que há-de melhorar e que há de..., que é para melhorar, não é para piorar. Nós sabemos que se não for assim então ia decair muito mais ainda. (PS05)

Há uns [vizinhos] que compreendem, há outros que não compreendem. (PS02)

Embora apenas um pequeno número de pessoas significativas o tenha mencionado, há quem, face à pessoa idosa com dor, manifeste pena (n=2) e tristeza (n=1). Ainda 1 pessoa significativa referiu que os outros encaram as manifestações da pessoa idosa face à dor como “manha”.

A família reage com pena. (PS05)

Fica-se [a família] um bocado triste, mas temos que continuar a vida, porque a vida é assim. (PS14)

Outras acreditam que seja um bocado de manha, desleixo. Ela acaba por se dar às dores e não fazer nada. (PS09)

4.3.5. Atitudes da pessoa significativa

Nesta categoria é apresentada a percepção da pessoa significativa em relação à sua própria atitude face à dor da pessoa idosa.

A maioria das pessoas entrevistadas acredita que a dor seja um sintoma característico do envelhecimento (n=10), ou seja, que é normal as pessoas idosas sentirem dor mais tarde ou mais cedo devido à idade.

Acho que sim [a dor é normal nas pessoas idosas], nem todas, mas acho que sim. Com o passar dos anos as pessoas tendem a ter mais problemas de saúde. (PS09)

Sim, eu penso que sim [a dor é normal nas pessoas idosas]. (...) Sobretudo deste foro da, como dizem os médicos aquilo? Do foro osteopático, ou qualquer coisa assim. (...) É normal. Ossos e articulações, o desgaste deles, as artroses, são normalmente as principais causas dessas dores. (PS08)

Relativamente à dor da pessoa idosa da qual os entrevistados são pessoas significativas estas assumem diferentes tipo de atitudes. Algumas acreditam que as pessoas idosas poderiam empenhar-se mais em tratar a sua dor (n=3), outras consideram-se compreensivas e a base de apoio das mesmas (n=2).

Podia fazer um esforço para melhorar a vida dela, levantar-se e cozinhar, fazer essas pequenas coisas dentro de casa. Porque ela se fosse, que ela andasse mais um bocadinho, ela não chegava ao ponto que chega. Ela gosta muito de cama, quem lhe der a cama dá-lhe a vida, e gosta de ser um bocadinho preguiçosa. (PS10)

Dou-lhe força. Dou-lhe força e digo assim: “Ai não, isso passa e não sei quê, e toma medicação e não sei quê”. Mas sei que é só para lhe dar força porque sei que aquilo não vai adiantar de nada, é só para ela não ir tão abaixo, é só por isso. (PS07)

Ainda, uma pequena parte dos participantes pensa que a pessoa idosa lida mal com a dor e que se queixa em demasia (n=2) ou que a pessoa idosa faz “manha” (n=1).

Até agora (...) pensei que não era nada de se queixar, portanto se estivesse... uma vez partiu aqui um braço e ‘têu-têu-têu’ e nada de se queixar, ali cheio de dores e nada, mas agora é até muito queixinhas. (PS04)

No caso da minha mãe é um bocadinho de dor e um bocadinho de manha. (PS10)

5. DISCUSSÃO

Este estudo pretende explorar a percepção da pessoa significativa acerca da dor crónica da pessoa idosa e do impacto desta na sua funcionalidade. Os resultados sugerem que as pessoas significativas, de uma forma geral, têm uma conceção acerca das características da dor da pessoa idosa, do seu impacto no dia-a-dia, das estratégias que a pessoa idosa adota para lidar com a dor, bem como das atitudes dos outros perante a pessoa idosa com dor. No que diz respeito às suas próprias atitudes, a maioria das pessoas significativas acha que a dor é um sintoma característico do envelhecimento. Contudo há algumas posições contraditórias, pois enquanto algumas pessoas significativas acham que o comportamento da pessoa idosa com dor é ajustado, outras não têm a mesma opinião.

Os resultados do presente estudo são consistentes com os de outros estudos qualitativos cujo objectivo foi explorar a percepção de pessoas significativas de pessoas com dor. Num estudo de Brooks e colaboradores (2013), onde participaram pessoas com dor lombar (5 empregados e 4 reformados por incapacidade devido à dor) e respetivas pessoas significativas, foram identificadas 3 categorias denominadas como “consequências da doença”, “natureza do trabalho” e “identidade do paciente”. A categoria “consequências da doença” dizia respeito ao impacto da dor lombar na realização das atividades diárias. Tanto as pessoas que ainda se encontravam ativas no trabalho como as suas pessoas significativas referiram que essas realizavam tarefas independentemente de sentirem dor, enquanto que as pessoas reformadas e suas pessoas significativas mencionaram que a dor as limitava na realização de várias tarefas. No presente estudo quase a totalidade das pessoas idosas é reformada, embora nem todas devido à dor, o que pode também justificar o impacto referido a nível das atividades (de vida) diárias pela maioria das pessoas significativas (“impacto pessoal”). Ainda no estudo de Brooks e colaboradores (2013) na categoria “natureza do trabalho”, foi referido pelos participantes que continuavam ativos profissionalmente, que o faziam porque tinham um trabalho compatível com a sua dor lombar, o que é consistente com o que os participantes do presente estudo, que referem que os trabalhos que exigem mais esforços físicos agravam a dor (“fatores predisponentes”). Brooks e colaboradores (2013) identificaram ainda uma

terceira categoria que denominaram como “identidade do paciente”, onde foram descritas as atitudes da pessoa com dor face ao sintoma; aqui, as pessoas significativas viam como ‘corajosas’ as pessoas que ainda estavam inseridas no mercado de trabalho e as reformadas como ‘vítimas da dor’. No presente estudo também emergiu esta dimensão, tendo sido mais evidenciada a segunda perspetiva, talvez pelo facto de grande parte das pessoas com dor serem, para além de reformadas, idosas, reforçando a tendência de serem vistas como ‘sofredoras’.

Também McCluskey e colaboradores (2011) entrevistaram 5 indivíduos beneficiários de baixa por incapacidade devido a dor lombar e respectivas pessoas significativas. Os resultados obtidos foram agrupados em 4 categorias principais: “crenças sobre a causa da dor lombar”, “consequências da dor lombar”, “a pessoa com dor como genuína” e “ser uma boa pessoa significativa”. Quanto à primeira categoria (“crenças sobre a causa da dor lombar”), as pessoas significativas consideraram os esforços e trabalho como a principal causa da dor lombar e, em relação à segunda (“consequências da dor lombar”), foi mencionada a limitação que esta representava na realização das tarefas diárias como principal consequência. O que, no presente estudo, também se verifica nas subcategorias “fatores predisponentes” e “impacto pessoal”, respetivamente. Quanto à categoria “pessoa com dor como genuína” do estudo de McCluskey e colaboradores (2011), as pessoas significativas revelaram ser empáticas e atuavam como “testemunhas da dor”, credibilizando e dando valor às queixas, o que também é mencionado no presente estudo por dois participantes (“atitudes da pessoa significativa”), uma vez que estas se consideram ‘compreensivas’ perante a dor da pessoa idosa. Este aspecto poderá ter impacto ao nível da gestão da dor por parte das pessoas idosas devido à influência das pessoas significativas: as suas atitudes de apoio e de confirmação poderão ser favoráveis para ajudar as primeiras a lidar com o sintoma. Contudo, as mesmas também poderão ajudar a reforçar comportamentos de dor. Neste sentido, poderá prever-se que a minoria que no estudo presente encara as queixas da pessoa idosa como ‘manha’ possa ter impacto, mas neste caso negativo, na gestão da dor das pessoas idosas, podendo levá-las a reprimir as suas queixas.

No presente estudo, a percepção das pessoas significativas não difere muito dos relatos das pessoas idosas no que diz respeito às características da sua dor. É referido por todas (pessoas idosas e pessoas significativas) que o local mais comum de dor são os membros inferiores e a lombar, e que a dor é contínua. A média de intensidade da dor das pessoas idosas obtida é de $6,8 \pm 1,9$, o que concorda com a descrição da dor das pessoas idosas feita pelas pessoas significativas como intensa. Estes dados permitem observar que a percepção das pessoas significativas acerca da dor das pessoas idosas é ajustada no que diz respeito às suas características, ou que, pelo menos, corrobora o que as pessoas idosas manifestam. Esta manifestação da dor é semelhante à dos participantes do estudo de Makris e colaboradores (2014), realizado com 23 pessoas idosas com 80 anos ou mais. Inserida na categoria designada por “identidade”, as pessoas idosas referiram que a sua dor era intensa e originada/agravada por esforços realizados ao longo da sua vida e que, na categoria “causa e preditores percebidos”, era devida à idade avançada. Ainda nesse mesmo estudo, na categoria denominada por “consequências” foi referido o impacto da dor na realização de tarefas do quotidiano (físico), bem como o seu impacto emocional e social, o que também se verifica no presente estudo na categoria “impacto da dor”. Ainda no estudo de Makris e colaboradores (2014) foi também identificada a categoria “cura vs. controlo”, onde os participantes declararam que, na sua opinião, a dor não teria cura, o que também é referido por algumas pessoas significativas no presente estudo. Todavia, enquanto no estudo de Makris e colaboradores (2014) os participantes consideraram a sua dor como episódica (na categoria “cronograma”), as pessoas significativas do presente estudo percecionam a dor das pessoas idosas como contínua.

Todas as pessoas significativas referem um impacto emocional causado pela dor crónica das pessoas idosas, mencionando sentimentos de tristeza, de ansiedade e de preocupação, bem como o afastamento social. Embora não seja referida pelas pessoas significativas a presença de depressão, esses sentimentos associados à dor poderão estar relacionados com a sintomatologia depressiva manifestada por 8 das pessoas idosas deste estudo. A literatura sugere que esta coexistência entre dor crónica e depressão é bastante comum (Herr & Garand, 2001) e que a dor é um dos

fatores de risco para o desenvolvimento de depressão (Magni, Moreschi, Rigatti-Luchini, & Merskey, 1994).

A percepção das pessoas significativas do impacto da dor nas atividades do dia a dia vai de encontro aos resultados de vários estudos que identificaram a dor crónica como uma das principais limitações na realização das atividades diárias de quem a sente (Andrade et al., 2006; Celich & Galon, 2009; Cunha & Mayrink, 2011; Herr & Garand, 2001; Santos et al., 2011). A associação estabelecida entre a dor e a qualidade do sono é, também, consistente com estudos que indicaram uma alteração da quantidade e qualidade do sono das pessoas com dor (Andrews, Strong, Meredith, & D'Arrigo, 2014; Morin, Gibson, & Wade, 1998). Vários autores apontaram ainda, como consequências da dor crónica, o afastamento da vida social, a degradação e a quebra de relações (Clarke et al., 2012; Dellaroza et al., 2007; Herr & Garand, 2001), o que também é relatado pela maioria das pessoas significativas do presente estudo, especificamente na categoria “impacto interpessoal”.

No presente estudo as pessoas significativas percecionam que, as pessoas idosas não só não têm problemas em manifestarem a dor, como adotam várias estratégias para lidar com a mesma como a procura de aconselhamento médico e a toma de medicação. No entanto, a literatura sugere que as pessoas idosas tendem a não manifestar a dor que sentem (Herr & Garand, 2001) e, num estudo de Makris e colaboradores (2015), também qualitativo e realizado com pessoas idosas com dor crónica, constatou-se que duas das principais razões para a não procura de tratamento para a dor na coluna lombar eram as atitudes negativas por parte das pessoas idosas face à medicação e a crença, das respetivas pessoas significativas, de que a dor lombar era natural no processo de envelhecimento. Embora esta crença das pessoas significativas de que a dor era característica do envelhecimento também se encontre no presente estudo, não é referido que tal impeça ou influencie as pessoas idosas na procura de tratamento. Estes resultados podem significar que apesar de as pessoas significativas considerarem ‘suficientes’ as estratégias adotadas pelas pessoas idosas, tal não o seja na perspectiva destas. Estas podem somente não manifestar a sua vontade em procurar outros recursos a este nível para não incomodar e/ou preocupar as pessoas significativas.

Segundo Larson e colaboradores (1986), os membros da família são a principal fonte de apoio físico e emocional dos adultos mais velhos e as amizades têm influência sobre o seu bem-estar. Esta informação está de acordo com a percepção das pessoas significativas do presente estudo, já que a quase totalidade destas refere como principal estratégia (informal), das pessoas idosas para lidar com a sua dor, a procura de apoio emocional na família e amigos. Também quase todas consideram que as pessoas idosas recebem os cuidados necessários por parte da família, o que corrobora o apoio familiar a nível físico referido por Larson e colaboradores (1986).

Para as pessoas significativas, as atitudes, tanto de profissionais como da família e dos amigos, face à dor das pessoas idosas são positivas, já que se mostram compreensivos perante esse facto. Estes dados são relevantes pois a percepção que as pessoas significativas têm das atitudes dos outros poderá espelhar as suas próprias atitudes face à dor da pessoa idosa. O facto de considerarem que os profissionais são prestáveis e que a família e os amigos apoiam as pessoas idosas pode significar que, na sua perspectiva, as pessoas idosas encontram-se satisfeitas com o suporte que a sua rede social lhes fornece face à sua dor. No entanto, as pessoas idosas poderão não expor as implicações da sua dor às pessoas significativas, por considerarem que para estas o mais vulgar será que estas queixas sejam feitas a profissionais e a amigos. Apesar desta hipótese, algumas pessoas significativas que participaram neste estudo referem que se julgam compreensivas em relação à dor das pessoas idosas, o que é consistente com os resultados obtidos num estudo de McCluskey e colaboradores (2011). No entanto, segundo estes autores, a empatia das pessoas significativas poderá dever-se à intenção em agir conforme uma “boa pessoa significativa”, algo que pode também ocorrer neste estudo. Este aspeto pode não ser positivo uma vez que o serem demasiado empáticas e prestáveis poderá, por um lado, levar a que as pessoas idosas não façam algumas das atividades que ainda têm capacidade para fazer e fiquem mais dependentes e, por outro lado, a evitarem manifestar a sua dor por não quererem preocupar ou por não quererem receber cuidado.

Um aspecto positivo a realçar no presente estudo é o facto de o ponto de saturação ter sido atingido. Todavia, este estudo apresenta limitações. Apesar de ter sido realizada uma entrevista-teste para treino da entrevistadora, poderá ter havido

uma menor facilidade na obtenção de informação por essa não ter experiência na condução de entrevistas. Uma outra limitação prende-se com o facto de não se ter comparado as percepções entre pessoas significativas com dor e as sem dor. Teria sido interessante perceber se esse factor iria influenciar ou não a sua percepção sobre a dor das pessoas idosas.

Dada a prevalência da dor crónica na população idosa e a influência que as pessoas significativas exercem na gestão dessa dor, os resultados deste estudo poderão representar um ponto de partida para uma análise mais aprofundada desta relação. Neste sentido, seria interessante a realização de estudos futuros onde se estudasse, com maior nível de análise, esta influência. Sugere-se, como exemplo, a utilização de uma escala para avaliar as percepções da dor (validada para a população portuguesa), o que permitiria a comparação da percepção das pessoas significativas com a funcionalidade das pessoas idosas num estudo quantitativo. Ainda, considera-se pertinente averiguar se o grau de parentesco e/ou tipo de relação entre as pessoas significativas e as pessoas idosas com dor tem ou não impacto na influência que as primeiras exercem sobre as segundas. Por último, no presente estudo foi apenas analisada a percepção das pessoas significativas e não a das pessoas idosas. Está a ser realizada uma outra dissertação com o objetivo de explorar a percepção das pessoas idosas (e das quais os participantes do presente estudo são as respetivas pessoas significativas) acerca da sua própria dor e do impacto desta na sua funcionalidade, o que permitirá uma comparação entre ambas as percepções.

Sabendo que as crenças e as atitudes que pessoas significativas têm face à dor de alguém influenciam, para quem a tem, a forma como a sente, como reage e como lida com a mesma (McCluskey et al., 2011), espera-se que este estudo contribua para o já existente corpo de conhecimentos nesta temática por forma a que as percepções das pessoas significativas possam, por conseguinte, assumir uma natureza de suporte e adequada ao tratamento da dor.

6. CONCLUSÃO

As pessoas idosas (65 ou mais anos) constituem uma fração cada vez maior e, por conseguinte, mais significativa na população em geral (ONU, 2014), sendo a dor crónica uma patologia bastante frequente nesta faixa etária (Elliott, Smith, Penny, Smith, & Chambers, 1999). A dor crónica exerce influência em vários aspetos da vida de quem a sente, como por exemplo, na sua funcionalidade (Silva, Queirós, Sa-Couto, & Rocha, 2015). No entanto, a forma como a pessoa com dor reage e lida com ela pode, também, ser influenciada por fatores externos, nomeadamente as opiniões e atitudes das pessoas significativas (McCluskey et al., 2011).

Neste estudo conclui-se que, segundo a perceção das pessoas significativas entrevistadas, a dor das pessoas idosas está, na sua generalidade, localizada nos membros inferiores e na região lombar, sendo essa intensa, persistente e originada pelos esforços realizados ao longo da vida. Para os participantes a dor crónica tem impacto na vida das pessoas idosas, quer a nível emocional, quer físico, bem como na relação com as outras pessoas. Percebeu-se ainda que para as pessoas significativas as estratégias mais comumente usadas pelas pessoas idosas para lidar com a dor passam pela procura de profissionais de saúde e medicação, bem como por receber cuidados por parte da família e por procurar apoio emocional de familiares e amigos. Foi ainda possível perceber que as pessoas significativas consideram que as atitudes dos profissionais, dos amigos, da família e das próprias pessoas significativas são de compreensão e de apoio face à pessoa idosa com dor.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, O., & Almeida, S. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2B), 421–426.
- Andersen, S. M., & Thorpe, J. S. (2009). An IF–THEN theory of personality: Significant others and the relational self. *Journal of Research in Personality*, 43(2), 163–170. doi:10.1016/j.jrp.2008.12.040
- Andrade, F. A. de, Pereira, L. V., & Sousa, F. A. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 271–276.
- Andrews, N. E., Strong, J., Meredith, P. J., & D'Arrigo, R. G. (2014). Association between physical activity and sleep in adults with chronic pain: A Momentary, within-person perspective. *Physical Therapy*, 94(4), 499 – 510.
- Azevedo, L. F., & Costa-Pereira, A. M. (2012). Original report: Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *Journal of Pain*, 13(8), 773 – 783.
- Baig, U., Bhadbhade, B., & Watve, M. (2014). Evolution of aging and death: what insights bacteria can provide. *The Quarterly Review Of Biology*, 89(3), 209 – 23.
- Balcombe, N. R., & Sinclair, A. (2001). Ageing: Definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Bailliere's Best Practice and Research in Clinical Gastroenterology*, 15(6), 835–849. doi:10.1053/bega.2001.0244
- Brooks, J., McCluskey, S., King, N., & Burton, K. (2013). Illness perceptions in the context of differing work participation outcomes: exploring the influence of significant others in persistent back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1), 48. doi:10.1186/1471-2474-14-48
- Burri, A., Ogata, S., Livshits, G., & Williams, F. (2015). The association between chronic widespread musculoskeletal pain, depression and fatigue is genetically mediated. *Plos One*, 10(11), 1–14. doi:10.1371/journal.pone.0140289
- Butler, R. N. (1969). Age-Ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4 Part 1),

243–246. doi:10.1093/geront/9.4_Part_1.243

- Cancela, D. M. G. (2007). O processo de envelhecimento. *Psicologia.com.pt - O Portal Dos Psicólogos*, 1–15. Acedido em 27 de novembro de 2015, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>. doi:10.3389/fnagi.2014.00031
- Celich, K., & Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 345–359.
- Cerqueira, M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice: um estudo na população portuguesa*. Tese apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro com vista à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde.
- Clarke, A., Anthony, G., & Gray, D. (2012). “I feel so stupid because I can’t give a proper answer” How older adults describe chronic pain: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 12(1), 1–8.
- Collett, B., & O’Mahoney, S. (2007). The assessment of pain in older people. *Clinical Guidance*, 7(5), 496–500.
- Costa, A. & Santos, P. (2013, May 7). As percepções do envelhecimento e as práticas idadistas em contextos de saúde: implicações na actividade física dos idosos. *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*.
- Costa, A., & Santos, P. (2014). As imagens do envelhecimento e as práticas idadistas em cuidados de saúde primários: implicações na actividade física dos idosos. *Revista de Psicologia*, 1(2), 161–170.
- Cunha, L., & Mayrink, W. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor*, 12(2), 120–124.
- Dellaroza, M., & Furuya, R. (2008). Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Revista de Associação Médica Brasileira*, 54(1), 36–41.

- Dellaroza, M., Pimenta, C., & Matsuo, T. (2007). Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(5), 1151–1160.
- DGS (Direção Geral da Saúde). (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde / Divisão de Prevenção e Controlo da Doença. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Eggermont, L. H. P., Bean, J. F., Guralnik, J. M., & Leveille, S. G. (2009). Comparing pain severity versus pain location in the MOBILIZE Boston study: chronic pain and lower extremity function. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(7), 763–70. doi:10.1093/gerona/ glp016
- Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *The Lancet*, 354(9186), 1248–1252. doi:10.1016/S0140-6736(99)03057-3
- Evans, C. H., & Montvilo, R. K. (2014). Ageism. *Salem Press Encyclopedia of Health*. Acedido em 25 de novembro de 2015, em <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=ed5401f0-c1d2-40b9-b1db-bd657dd18191%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4202&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=93871751&db=ers>
- Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, 1(20), 106–132. doi:10.6020/1679-9844/2007
- Filho, H. T., & Tourinho, L. S. P. R. (1998). Crianças, adolescentes e atividade física: aspectos maturacionais e funcionais. *Revista Paulista de Educação Física*, 12(1), 71–84.
- Fillenbaum, G., Chandra, V., Ganguli, M., Pandav, R., Gilby, J., Seabert, E., & Al, E. (1999). Development of na activities of daily living scale to screen for dementia in a illiterate rural older population in India. *Age and Aging*, 28(2), 161–168.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures:

Lusodidacta.

- Fuentes, C., & Negrodo, A. de M. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259–278.
- Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11(1), 1–5. doi:10.1186/1471-2458-11-770
- Gomes, A. (2008). *Abordagem psicológica no Controlo da Dor*. Lisboa: Biblioteca da Dor.
- Gomes, J., & Teixeira, M. (2006). Dor no idoso. *Revista Brasileira de Medicina*, 63(11), 554–563.
- Hairi, N. N., Cumming, R. G., Blyth, F. M., & Naganathan, V. (2012). Chronic pain, impact of pain and pain severity with physical disability in older people—Is there a gender difference? *Maturitas*, 74(1), 68–73. doi:10.1016/j.maturitas.2012.10.001
- Hammerschmidt, K. S. de A., Zagonel, I. P. S., & Lenardt, M. H. (2007). A critical analysis of gerontological nursing practice guided by Leininger's theory of culture care diversity and universality. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 362–367. doi:10.1590/S0103-21002007000300020
- Hecke, O. V, Torrance, N., & Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 13–8. doi:10.1093/bja/aet123
- Herr, K. A., & Garand, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 457–478.
- Hoving, J. L., van der Meer, M., Volkova, A. Y., & Frings-Dresen, M. H. W. (2010). Illness perceptions and work participation: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(6), 595–605. doi:10.1007/s00420-010-0506-6
- Hunt, I. M., Silman, a J., Benjamin, S., McBeth, J., & Macfarlane, G. J. (1999). The

- prevalence and associated features of chronic widespread pain in the community using the “Manchester” definition of chronic widespread pain. *Rheumatology (Oxford, England)*, 38(3), 275–9. doi:DOI 10.1093/rheumatology/38.3.275
- INE (Instituto Nacional de Estatística). (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. Informação à comunicação social. Acedido em 15 de novembro de 2015 em file:///C:/Documents%20and%20Settings/mcerqueira/Os%20meus%20documentos/Downloads/10Dia_Mundial_Popula%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Inoue, S., Kobayashi, F., Nishihara, M., Arai, Y. C. P., Ikemoto, T., Kawai, T., Inoue, M., Hasegawa, T., Ushida, T. (2015). Chronic pain in the japanese community- Prevalence, characteristics and impact on quality of Life. *PloS One*, 10(6), 1–14. doi:10.1371/journal.pone.0129262
- Kelly-Campbell, R. J., & Wendel, K. (2015). Measuring cognitive anxiety through the consultation process for hearing aids: Older adults and their significant others. *Journal of Communication Disorders*, 56, 29–39. doi:10.1016/j.jcomdis.2015.06.006
- Kessler, L. A., Gielen, A. C., Diener-West, M., & Paige, D. M. (1995). The effect of a woman’s significant other on her breastfeeding decision. *Journal of Human Lactation*, 11(2), 103–109. doi:10.1177/089033449501100214
- Larson, R., Mannell, R., & Zuzanek, J. (1986). Daily well-being of older adults with friends and family. *Psychology and Aging*, 1(2), 117–126.
- Leonard, M. T., Cano, A., & Johansen, A. B. (2006). Chronic pain in a couples context: a review and integration of theoretical models and empirical evidence. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 7(6), 377–90. doi:10.1016/j.jpain.2006.01.442
- Lichtenstein, M. J., Dhanda, R., Cornell, J. E., Escalante, A., & Hazuda, H. P. (1998). Disaggregating pain and its effect on physical functional limitations. *Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*, 53A(5), M361–M71.
- Lung, F.-W., Huang, Y.-L., Shu, B.-C., & Lee, F.-Y. (2004). Parental rearing style,

- premorbid personality, mental health, and quality of life in chronic regional pain: A causal analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 206–212. doi:10.1016/j.comppsy.2004.02.009
- Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, 91, 1–20.
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2002). Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia - Universidade Sénior Contemporânea*, III(2), 7–16.
- Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 56(3), 289–297. doi:10.1016/0304-3959(94)90167-8
- Makris, Hamann, H. A., Walke, L. M., Gill, T. M., & Fraenkel, L. (2014). Illness representations of restricting back pain: The older person's perspective. *Pain Medicine*, 15(6), 938–946. doi:10.1111/pme.12397
- Makris, U., Higashi, R., & Marks, E. (2015). Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities—why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 15(1), 1–9.
- Mansfield, K., Sim, J., Jordan, J., & Jordan, K. (2016). A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*, 157(1), 55–64.
- McCluskey, S., Brooks, J., King, N., & Burton, K. (2011). The influence of “significant others” on persistent back pain and work participation: A qualitative exploration of illness perceptions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 236. doi:10.1186/1471-2474-12-236
- Merskey, H. (1991). The definition of pain. *European Psychiatry*, 6(4), 153–159.
- Merskey, H. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain* (2nd ed.). Seattle: IASP Press.

- Morin, C., Gibson, D., & Wade, J. (1998). Self-reported sleep and mood disturbance in chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 14(4), 311–314.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: organização Pan-Americana da Saúde.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2008). *Demystifying the myths of ageing*. Healthy Cities 21st Century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- OMS. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. *The Aging Male*, 5(1), 1–37. doi:10.1080/713604647
- ONU (Organização Nações Unidas) (2014). *Concise Report on the World Population Situation in 2014: A concise report*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York: United Nations.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23(10), 433–441.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23(2), 109–115.
- Romano, J. M., Turner, J. A., Friedman, L. S., Bulcroft, R. A., Jensen, M. P., Hops, H., & Wright, S. F. (1992). Sequential analysis of chronic pain behaviors and spouse responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 777–82.
- Royal College of Physicians of London. Clinical effectiveness and evaluation unit. (2007). The assessment of pain in older people: national guidelines. *Concise Guidance To Good Practice*, (8).
- Santos, F., Souza, P., & Nogueira, S. (2011). Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. *Revista Dor*, 12(3), 209–214.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*,

25(4), 585–593. doi:10.1590/S0103-166X2008000400013

- Scopel, E., Alencar, M., & Cruz, R. M. (2007). Medidas de avaliação da dor. *Lecturas: Educación física y deportes*, 105, 1. Acedido em 19 de novembro de 2015, em <http://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>
- Silva, A. G., Queirós, A., Sa-Couto, P., & Rocha, N. P. (2015). Self-Reported Disability: Association with lower extremity performance and other determinants in older adults attending primary care. *Physical Therapy*, 95(12), 1628–1637.
- Sousa, F. A. (2002). Dor: o quinto sinal vital. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10(3), 446–447. doi:10.1590/S0482-50042004000100013
- Thiry-Cherques, H. R. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*, 3, 20–27.
- Thomas, E., Peat, G., Harris, L., Wilkie, R., & Croft, P. R. (2004). The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*, 110(1-2), 361–8. doi:10.1016/j.pain.2004.04.017
- Torres, T., & Ciconelli, R. (2006). Instrumentos de avaliação em espondilite anquilosante. *Revista Brasileira Reumatologia*, 46(1), 52–59.
- Trelha, C., Panazzolo, D., & Dellarozza, M. (2008). Capacidade funcional de idosos com dor crônica residentes na comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 2(2), 59–64.
- Vieira, E. B. de M., Garcia, J. B. S., Silva, A. A. M. da, Araújo, R. L. T. M., & Jansen, R. C. S. (2012). Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(2), 239–51. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.08.014
- Weiner, D. K., Haggerty, C. L., Kritchevsky, S. B., Harris, T., Simonsick, E. M., Nevitt, M., & Newman, A. (2003). How Does Low Back Pain Impact Physical Function in Independent, Well - functioning Older Adults? Evidence From the Health ABC Cohort and Implications for the Future. *Pain Medicine*, 4(4), 311–320.

- Weintraub, D., Oehlberg, K., Katz, I., & Stern, M. (2006). Test characteristics of the 15-item geriatric depression scale and Hamilton depression rating scale in Parkinson disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 169–175.
- Weintraub, D., Saboe, K., & Stern, M. (2007). Effect of age on geriatric depression scale performance in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22(9), 1331–1335.

8. APÊNDICES

8.1 Apêndice I - Folhas de Informação

FOLHA DE INFORMAÇÃO

Perceção das pessoas idosas e das suas pessoas significativas relativamente à dor e ao seu impacto na funcionalidade

PI

1. Introdução

Somos um grupo de investigadores da Universidade de Aveiro e gostaríamos de o/a convidar a participar no estudo que estamos a realizar. Contudo, antes de decidir se irá participar, é importante que compreenda os objetivos do estudo e o que ele envolve. Pedimos-lhe que leia atentamente as informações que se seguem, e se assim o desejar, que as discuta com parentes e/ou amigos. Por favor, sinta-se à vontade para nos contactar e colocar todas as questões que lhe surjam.

2. Informação adicional

A dor crónica é uma doença que se estende a toda população, atingindo mais as pessoas idosas, afetando a sua capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia. Um dos aspetos importantes a considerar por quem tem dor é a perceção de como sente essa dor e como ela interfere no seu dia a dia. Também a forma como as pessoas que rodeiam e interagem com quem tem dor influencia a sua maneira de lidar com a dor dessas mesmas pessoas.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo geral compreender o significado que as pessoas idosas com dor e as pessoas que lhe são próximas atribuem à dor e o impacto desta nas tarefas do dia-a-dia.

3. Será que sou a pessoa adequada para participar neste estudo?

Procuramos pessoas com 60 ou mais anos que tenham dor em pelo menos 3 regiões do corpo e que tenham sentido essa dor pelo menos uma vez por semana nos últimos 3 meses.

4. Sou obrigado a participar no estudo?

A decisão de participar ou não no estudo é sua! Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine a folha do consentimento informado, livre e esclarecido e que permita a realização

de uma entrevista individual. Se decidir participar e se depois quiser desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação.

5. O que irá acontecer se eu decidir participar?

Se decidir participar no estudo será entrevistado por investigadores/alunos de mestrado da Universidade de Aveiro. Cada entrevista demorará cerca de 45 minutos e terá lugar no seu domicílio ou num outro lugar sossegado à sua escolha. Durante a entrevista ser-lhe-ão colocadas algumas questões sobre a sua dor e ser-lhe-á pedido que preencha alguns questionários sobre as queixas de dor que possa ter. A entrevista será gravada em formato áudio (não em imagem), e apenas os investigadores envolvidos neste estudo terão acesso à gravação.

6. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

O estudo não o ajudará a si diretamente, mas poderá ajudar os investigadores e profissionais de saúde a perceber melhor a dor que as pessoas sentem, o que, no futuro, poderá ajudar a tratar melhor quem tem dor.

7. Será assegurado o meu o anonimato e a confidencialidade dos dados?

O seu anonimato será sempre garantido, ou seja, não será divulgado o seu nome ou outras informações pessoais a pessoas que não estejam diretamente envolvidas no estudo.

FOLHA DE INFORMAÇÃO

Perceção das pessoas idosas e das suas pessoas significativas relativamente à dor e ao seu impacto na funcionalidade

PS

1. Introdução

Somos um grupo de investigadores da Universidade de Aveiro e gostaríamos de o/a convidar a participar no estudo que estamos a realizar. Contudo, antes de decidir se irá participar, é importante que compreenda os objetivos do estudo e o que ele envolve. Pedimos-lhe que leia atentamente as informações que se seguem, e se assim o desejar, que as discuta com parentes e/ou amigos. Por favor, sinta-se à vontade para nos contactar e colocar todas as questões que lhe surjam.

2. Informação adicional

A dor crónica é uma doença que se estende a toda população, atingindo mais as pessoas idosas, afetando a sua capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia. Um dos aspetos importantes a considerar por quem tem dor é a perceção de como sente essa dor e como ela interfere no seu dia-a-dia. Também a forma como as pessoas que rodeiam e interagem com quem tem dor influencia a sua maneira de lidar com a dor dessas mesmas pessoas.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo geral compreender o significado que as pessoas idosas com dor e as pessoas que lhe são próximas atribuem à dor e o impacto desta nas tarefas do dia-a-dia.

3. Será que sou a pessoa adequada para participar neste estudo?

Para participar neste estudo terá que ser referido(a) como sendo uma pessoa significativa de uma pessoa idosa com dor crónica (em pelo menos 3 regiões do corpo e que tenham sentido essa dor pelo menos uma vez por semana nos últimos 3 meses), ou seja, como sendo próximo(a) e tendo influência sobre as suas decisões. Neste sentido, desde que se considere próximo da pessoa em causa e conheça a sua condição de saúde, poderá participar.

4. Sou obrigado a participar no estudo?

A decisão de participar ou não no estudo é sua! Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine a folha do consentimento informado, livre e esclarecido e que permita a realização

de uma entrevista individual. Se decidir participar e se depois quiser desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação.

5. O que irá acontecer se eu decidir participar?

Se decidir participar no estudo será entrevistado por investigadores/alunos de mestrado da Universidade de Aveiro. Cada entrevista demorará cerca de 45 minutos e terá lugar no seu domicílio ou num outro lugar sossegado à sua escolha. Durante a entrevista ser-lhe-ão colocadas algumas questões sobre a dor da pessoa idosa que lhe é próxima e ser-lhe-á pedido que preencha alguns questionários sobre as queixas de dor que também o(a) senhor(a) possa ter. A entrevista será gravada em formato áudio (não em imagem), e apenas os investigadores envolvidos neste estudo terão acesso à gravação.

6. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

O estudo não o ajudará a si diretamente, mas poderá ajudar os investigadores e profissionais de saúde a perceber melhor a dor que as pessoas sentem, o que, no futuro, poderá ajudar a tratar melhor quem tem dor.

7. Será assegurado meu anonimato e a confidencialidade dos dados?

O seu anonimato será sempre garantido, ou seja, não será divulgado o seu nome ou outras informações pessoais a pessoas que não estejam diretamente envolvidas no estudo.

8.2 Apêndice II - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Por favor responda às questões que se seguem colocando uma cruz na coluna apropriada:

	Sim	Não
Eu li a folha de Informação aos Participantes		
Eu recebi toda a informação adequada sobre este estudo		
Foi-me permitido colocar questões e discutir o estudo		
Eu compreendo que posso desistir do estudo em qualquer altura e sem qualquer penalização		
Eu concordo em participar no estudo: “Perceção das pessoas idosas e das suas pessoas significativas relativamente à dor e o seu impacto na funcionalidade”		

Nome do participante: _____

Assinatura Nome do participante: _____

Data: _____

Nome do investigador: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: _____

8.3 Apêndice III - Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

Pessoa Significativa

Perceção da pessoa idosa em relação à sua dor

- 1. Como descreveria a dor da pessoa X?** (incapacitante, intensa, ligeira)
- 2. Porque acha que a pessoa X tem dor?** (velhice - dor como sintoma normal de envelhecimento; trabalho ao longo da vida, alimentação, sedentarismo, ...)
- 3. Acha normal as pessoas idosas sentirem dor?**
- 4. O que acha que mais preocupa ou incomoda a pessoa X em relação à dor dela?**
- 5. A pessoa X costuma conversar com alguém sobre a dor dela?** (profissionais de saúde, amigos ou familiares, ...)
 - a. Se sim, como é que eles reagem?**

Impacto na vida diária

- 1. Qual o impacto que a dor tem na vida da pessoa X?** (impede-a de fazer alguma coisa; afeta o seu sono,...)
- 2. Quando a pessoa X sente dor como é que ela fica (no sentido emocional)?** (triste, irritado/zangado, ansioso...)
- 3. A dor da pessoa X afeta as suas relações pessoais?** (amigos, cônjuge, família, ...)

Estratégias/tratamentos para lidar com a dor

- 1. Como é que a pessoa X lida com a dor dela?** (descansa, toma medicação, faz exercício, ...)
- 2. Acha que a pessoa X recebe todos os cuidados que precisa?** (da família, dos profissionais de saúde, ..)
- 3. Como acha que os profissionais de saúde veem a dor da pessoa X?** (acha que exagera, que finge não ter dor,...)

8.4 Apêndice IV - Questionários de Caracterização Sócio-Demográfica

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Pessoa Idosa

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

A. SEXO

- (1) Feminino [] (2) Masculino []

B. DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ (dia/mês/ano)

C. CONCELHO: _____

D. EDUCAÇÃO FORMAL

- (1) Não sabe ler nem escrever []
(2) Sabe ler e escrever []
(3) 4.º ano de escolaridade []
(4) 6.º ano de escolaridade []
(5) 9.º ano de escolaridade []
(6) 12.º ano de escolaridade []
(7) Bacharelato/Licenciatura []
(8) Outro [] (*por favor especifique*)
-

E. ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL (*Selecione apenas uma opção*)

- (1) Nunca foi casado []
(2) Atualmente casado []
(3) Separado []
(4) Divorciado []
(5) Viúvo []
(6) Coabitação []

F. OCUPAÇÃO ATUAL (*Selecione apenas uma opção*)

- (1) Emprego assalariado (*por favor especifique*): _____

(2) Trabalha por conta própria (autónomo) (*por favor especifique*): _____

(3) Não assalariado, voluntário/caridade []

(4) Estudante []

(5) Doméstica/Dona de casa []

(6) Aposentado []

(7) Desempregado (razão de saúde) []

(8) Desempregado (outra razão) []

(9) Outro [] (*por favor especifique*) _____

G. DIAGNÓSTICO MÉDICO DAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE SAÚDE ATUAIS

(1) Não existe nenhuma Condição Médica []

(2) Hipertensão Arterial [] código da CID: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

(3) Diabetes [] código da CID: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

(4) Artrose: Anca []; Joelho [] código da CID: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

(5) Espondilartrose: Coluna cervical []; Coluna dorsal [] ... código da CID: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

(6) Patologia cardiovascular [] código da CID: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

(7) Patologia respiratória [] código da CID: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

(8) Cancro [] código da CID: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

(9) Depressão [] código da CID: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

(10) Antecedentes traumáticos

Não []

Sim [] (*por favor especifique*) _____

(11) Outra (*por favor especifique*) _____

(12) Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém a sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos []

H. PESSOA SIGNIFICATIVA (*Selecione apenas uma opção*)

(1) Filho/a []

(2) Cônjuge []

(3) Irmão/Irmã[]

(4) Amigo []

(5) Vizinho []

(6) Outro [] (*por favor especifique*) _____

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Pessoa Significativa

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

A. SEXO

- (1) ☐ Feminino (2) ☐ Masculino

B. DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ (*dia/mês/ano*)

C. CONCELHO _____

D. EDUCAÇÃO FORMAL

- (1) Não sabe ler nem escrever ☐
- (2) Sabe ler e escrever ☐
- (3) 4.º ano de escolaridade ☐
- (4) 6.º ano de escolaridade ☐
- (5) 9.º ano de escolaridade ☐
- (6) 12.º ano de escolaridade ☐
- (7) Bacharelato/Licenciatura ☐
- (8) Outro ☐ (*por favor especifique*) _____

E. ESTADO MATRIMONIAL ATUAL (*Selecione apenas uma opção*)

- (1) Nunca foi casado ☐
- (2) Actualmente casado ☐
- (3) Separado ☐
- (4) Divorciado ☐
- (5) Viúvo ☐
- (6) Coabitação ☐

F. OCUPAÇÃO ATUAL (*Selecione apenas uma opção*)

- (1) Emprego assalariado (*por favor especifique*): _____
- (2) Trabalha por conta própria (autónomo) (*por favor especifique*): _____
- (3) Não assalariado, voluntário/caridade ☐

(4) Estudante []

(5) Doméstica/Dona de casa []

(6) Aposentado []

(7) Desempregado (razão de saúde) []

(8) Desempregado (outra razão) []

(9) Outro [] (*por favor especifique*) _____

G. RELAÇÃO COM A PESSOA IDOSA (Selecione apenas uma opção)

(1) Filho/a []

(2) Cônjuge []

(3) Irmão/Irmã []

(4) Amigo []

(5) Vizinho []

(6) Outro [] (*por favor especifique*) _____

H. FREQUÊNCIA DE CONTACTO COM A PESSOA IDOSA (Selecione apenas uma opção)

(1) Diariamente []

(2) 2 a 3 vezes por semana []

(3) 1 vez por semana []

(4) 1 a 2 vezes por mês []

(5) Outro [] (*por favor especifique*) _____

9. ANEXOS

9.1 Anexo I - *Short Portable Mental Status Questionnaire*

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE

(Pfeiffer, 1975; traduzido e adaptado por Rodrigues, 2008)

1. Qual a data de hoje? (dia/mês/ano)
2. Que dia da semana é hoje?
3. Qual o nome do local em que estamos neste momento?
4. Qual o seu número de telefone?
5. Qual a sua idade?
6. Qual a sua data de nascimento? (dia/mês/ano)
7. Quem é o atual Presidente da República?
8. Quem foi o Presidente da República imediatamente anterior ao atual?
9. Qual o nome da sua mãe?
10. Comece no número 20 e vá subtraindo (diminuindo) consecutivamente 3.

Máximo de erros: 10

Ajustamentos: diminuir erro se não completou o ensino obrigatório; em caso de erros aumentar um se completou o ensino obrigatório.

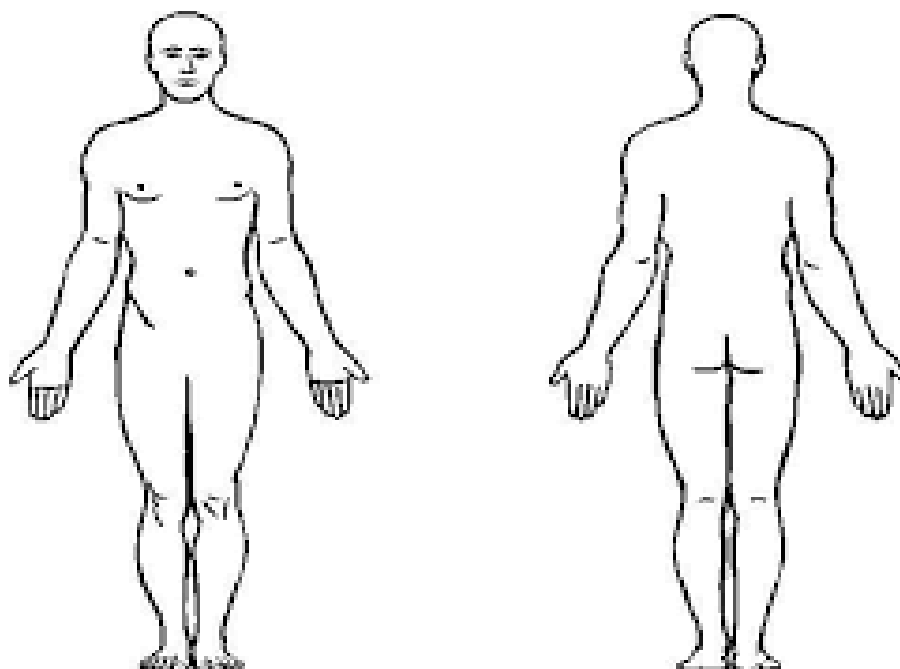
Pontuação:

- 0-2 Algumas funções mentais sem deficiência
- 3-4 Ligeira deficiência de algumas funções mentais
- 5-7 Moderada deficiência de algumas funções mentais
- 8-10 Grave deficiência de algumas funções mentais

9.2 Anexo II - Instrumentos de Avaliação da Dor

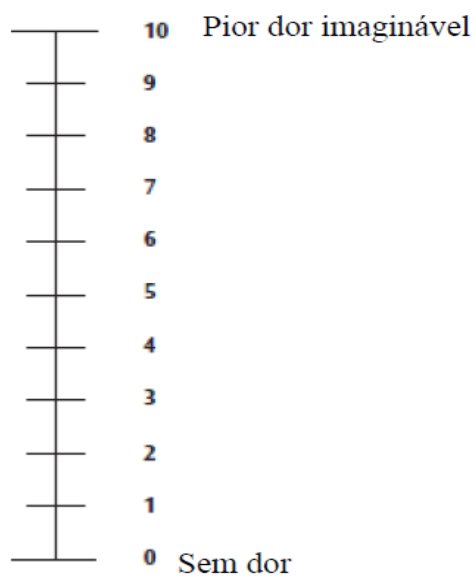
BODY CHART

Assinale, na figura representada, o(os) local(ais) onde sentiu dor na última semana



ESCALA VISUAL NUMÉRICA

Assinale a intensidade da dor que sentiu na última semana (nos vários locais que assinalou na pergunta anterior), utilizando a escala que se segue.



AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DA DOR

Quantas vezes, na última semana, sentiu dor?

- ☐ Raramente (1 vez por semana)
- ☐ Ocasionalmente (2 a 3 vezes por semana)
- ☐ Muitas vezes (mais do que 3 vezes por semana)
- ☐ Sempre

Há quanto tempo sente dor? _____anos

9.3 Anexo III – *Geriatric Depression Scale*

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – YESAVAGE

(Yesavage et al, 1986; traduzida por Freitas et al, 2006)

	Sim	Não
1. Está satisfeito/a com a sua vida?		
2. Afastou-se das atividades e das “coisas” que lhe interessavam?		
3. Sente que a sua vida é vazia?		
4. Sente-se frequentemente aborrecido/a?		
5. Está sempre de bom humor, na maior parte do tempo?		
6. Tem medo que algo de mal lhe aconteça?		
7. Sente-se feliz, na maior parte do tempo?		
8. Sente-se abandonado/a, na maior parte do tempo?		
9. Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas diferentes?		
10. Acha que tem mais dificuldade com a memória, do que a maioria das pessoas?		
11. Acha que neste momento “viver” é algo maravilhoso?		
12. Acha-se inútil?		
13. Sente-se cheio/a de energia?		
14. Sente-se esperançoso/a em relação à sua situação atual?		
15. Acredita que a maioria das pessoas está em melhor situação do que a sua?		

9.4 Anexo IV - Parecer do Comité de Ética



CONSELHO DE ÉTICA

Conselho de Ética e Deontologia

Parecer n.º: 6/2016.

Requerentes: Professora Doutora Margarida Cerqueira e Professora Doutora Anabela Silva.

Título do Projeto: "Perceção das pessoas idosas e das suas pessoas significativas relativamente à dor e ao seu impacto na funcionalidade".

Orientadoras: Doutora Margarida Cerqueira e Doutora Anabela Silva.

Equipa de Investigação:

Doutora Margarida Cerqueira (ESSUA);

Doutora Anabela Silva (ESSUA);

Lic.ª Ana Amaral - Estudante do 2.º ano do Mestrado em Gerontologia (SACSUA);

Lic.ª Daniela Oliveira - Estudante do 2.º ano do Mestrado em Gerontologia (SACSUA);

Relator: Professor Doutor Jorge Carvalho Arroiteia.

Relatores Adjuntos: Doutora Paula Cristina M. S. Pereira, Dr. António Rocha Andrade, Doutor António J. A. Nogueira e Doutor Armando J. Formoso de Pinho.

I. Relatório

O processo encontra-se devidamente instruído contendo elementos essenciais relativos a:

- caracterização do projeto;
- equipa de investigação;
- bibliografia de referência;
- apresentação do estudo;
- apoio da Unidade de Investigação CINTESIS (*Center for Health Technology and Services Research*), UP: Grupo UA - Ageing.
- apêndices:
 - 1 - Folha de informação;
 - 2 - Consentimento informado;
 - 3 - Guião da entrevista: pessoa idosa e pessoa significativa;
 - 4 - Caracterização do participante: pessoa idosa e pessoa significativa.

Anexos

I - Short Portable Mensal Status Questionnaire;

II - Instrumentos de Avaliação da Dor.

CONSELHO DE ÉTICA

II. Parecer

A. Fundamentação:

1. A proposta relativa ao projeto apresenta-se fundamentada no que respeita aos objectivos, metodologia de recolha e tratamento de dados, bibliografia. Inclui ainda a indicação das questões éticas associadas ao seu desenvolvimento.
2. A amostra está definida (pessoas idosas > 60 anos e pessoas significativas) e os procedimentos a seguir, nomeadamente no que respeita às entrevistas, procedimentos e análise dos dados, estão descritos.
3. Os riscos associados ao desenvolvimento do projeto estão considerados.

De acordo com exposto a proposta respeita os princípios de ética neste tipo de investigação na medida em que o estudo:

1. salvaguarda o consentimento informado dos participantes (idosos, com > 60 anos e pessoas significativas), anteriormente à recolha de dados;
2. salvaguarda a participação voluntária da participação;
3. é acompanhado pela equipa de investigação;
4. Os riscos associados à participação no estudo não são superiores aos riscos associados ao dia-a-dia do participante;
5. Os dados recolhidos no projecto são analisados pela equipa de investigação, mantendo-se confidenciais e anónimos, sob a responsabilidade das Coordenadoras;
6. A documentação resultante da recolha de informação sobre os participantes será oportunamente destruída.

B. Sugestões de aperfeiçoamento:

Não há sugestões a fazer.

C. Conclusão:

De acordo com o anteriormente assinalado e os princípios seguidos por este Conselho é emitido o seguinte parecer:

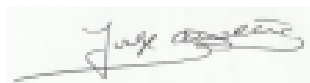
1. A Comissão Permanente do Conselho de Ética, constituída pelos ora Relatores, após apreciação conjunta da documentação recebida e atendendo a que os procedimentos descritos no estudo de investigação apresentada asseguram a não utilização de qualquer método invasivo e garantem que os participantes, com mais de 60 anos e as suas respectivas pessoas significativas serão oportunamente informados e esclarecidos sobre as condições em que vão decorrer as observações e recolha de dados de modo a ser obtido o consentimento informado, e abonam que os dados recolhidos serão tratados de maneira a permanecerem confidenciais e anónimos, considera que merece parecer favorável a realização do projecto em análise.
2. Submetido ao CED o parecer da sua Comissão Permanente, este Conselho em sua reunião plenária de 13 de Janeiro de 2016, por entender que ficam

CONSELHO DE ÉTICA

salvaguardadas as exigências éticas e os princípios da justiça e da autonomia e bem-estar dos participantes, concorda por unanimidade com o mesmo, em razão do que o ratifica e dá parecer favorável à realização do projeto intitulado: “Perceção das pessoas idosas e das suas pessoas significativas relativamente à dor e ao seu impacto na funcionalidade”.

Aveiro, 13 de Janeiro de 2016.

O Relator Principal:



Professor Doutor Jorge Carvalho Arroteia.